

がん検診申込み書

申込み年月日 年 月 日

氏 名	(下記申込み欄にご記入ください)		住 所	宇陀市
電話番号	自宅		携 帯	持ち主()

下記の表に受診を希望する方の氏名・生年月日を記入の上、希望する検診欄に○をつけて FAX、郵送、またはお電話で **令和7年4月25日(金)まで(消印有効)** にお申込みください。
●検診の内容等については内面をご確認ください。(集団検診希望の方は検診希望日を必ず記載してください。)

集団検診	午 前					午 後		検 診 希望日
氏名 生年月日	胃がん検診 (バリウムのみ)	肺がん 結核検診	大腸がん 検診	肝炎ウイルス 検診 (過去に検査した ことのない方)	前立腺がん 検診	乳がん 検診	子宮がん 検診 (頸部のみ)	
氏名 S・H 年 月 日								
氏名 S・H 年 月 日								

※郵送にて申込まれる場合は希望日を内面の右下にも記載し、集団検診に必要な書類が届く検診希望日の約2週間前までこの案内を保管していただくようお願いします。希望に沿えない場合は連絡します。
※検診希望日に記載のない場合は保健センターで日程を決めハガキ等にて連絡します。

個 別 検 診										
実施機関	氏 名	胃がん検診 (いずれか一つを選択)		肺がん 結核 検診	大腸がん 検診	肝炎 ウイルス 検診 (過去に検査した ことのない方)	前立腺 がん 検診	乳がん 検診	子宮がん 検診	お達者健診 と同日希望
	生年月日	透視 (バリウム検診)	内視鏡 (カメラ検診)							
宇陀市立病院	氏名									
	S・H 年 月 日									
	氏名									
移動診療車 希望箇所に○ (大宇陀人権交流センター 田原区集会所 たかぎふるさと館)	氏名									
	S・H 年 月 日									
	氏名									
	S・H 年 月 日									

※市立病院と移動診療車でがん検診とお達者健診を同日希望される場合希望欄に○もしくはご連絡ください。
※お達者健診は直接市立病院に予約してください。

済生会中和病院	氏名									
	S・H 年 月 日									
	氏名									
国保中央病院	S・H 年 月 日									
	氏名									
	S・H 年 月 日									
市内医療機関	氏名									
	S・H 年 月 日	谷口内科医院		辻村病院 東里・田口診療所 谷口内科医院				グランソール奈良	県内指定医療機関	
	氏名			辻村病院 東里・田口診療所 谷口内科医院				グランソール奈良	県内指定医療機関	
	S・H 年 月 日	谷口内科医院		谷口内科医院				グランソール奈良	県内指定医療機関	