

様式第 1

受付年月日	令和 年 月 日	整理番号	
資格取得年月日	年 月 日	資格等審査の適否	適・否

※ 上記には記入しないでください。

弥栄病院を希望される方はこちらにご記入ください。

短期人間ドック利用申込書

被 保 険 者	国保被保険者証 記号番号	伊		
	資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	利用者氏名	男・女	世帯主との 続柄	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
傷病による入院の状況		過去6ヶ月以内に入院を イした(月入院) <input type="checkbox"/> しない		
介護保険の要介護・要支援 認定の状況 ※65歳以上の方は記入		要介護認定・要支援認定を イ受けている <input type="checkbox"/> 受けていない		
希望する人間ドックの種別		1 外来形式	外来形式を希望する場合のみ↓記入	
		2 脳ドック	胃 部 検 診 (胃 透 視 ・ 胃 カ メ ラ ・ 不 要) 子 宮 が ん 検 診 (要 ・ 不 要) 乳 が ん 検 診 (要 ・ 不 要)	
		3 肺がんドック		
利用希望年月日	令和 年 月 日	・ いつでもよい		
医療(検査)機関名		弥栄病院		
<p>上記により短期人間ドックの利用を申し込みます。 伊根町個人情報保護条例第9条第1項第2号の規定により検査実施医療機関に対し情報を提供することに同意します。 検査結果は役場にも送付され結果によっては保健師の指導(特定保健指導を含む。)を受けることを承諾します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>世帯主住所 京都府与謝郡伊根町字</p> <p>氏名 (Tel -) ㊞</p> <p>伊 根 町 長 様</p>				