様式第１

受付年月日	平成　　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。

京都ルネス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				
	利用者氏名		男・女	世帯主との続柄	
	生年月日				
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）　ロ 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　　ロ 受けていない			
希望する人間ドックの種別		1 外来形式　　4 脳ドック 2 PET標準コース　5 肺がんドック(胸部CT検査) 3 PET単独コース　6 大腸内視鏡検査 ※ 1 外来形式、2 PET標準コースを希望する方は次の検査の追加受診も可能です。希望する検査に○をして下さい。 ① 子宮がん検診　　③ 前立腺がん検査 ② 乳がん検診　　④ 骨密度検査			
利用希望年月日		平成　　年　　月　　日			
医療（検査）機関名		京都ルネス病院			

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を受けることを承諾します。

平成　　年　　月　　日

世帯主住所　京都府与謝郡伊根町字

氏名　　㊞

（TEL　　－　　）

伊根町長　　様