

平成31年度

女性がん検診申込書

要予約

ふりがな				
名 前				
住 所	三田市			
電 話	※日中繋がる番号をご記入ください。			
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳) ※H32年3月末現在			
☆ご希望の受診項目に○を記入してください。				
受診項目	乳がんセット検診 (視触診+マンモグラフィ)	乳がん検診 (マンモグラフィのみ)	子宮頸がん検診	乳房超音波検査
☆受診希望日を記入してください。(乳がん検診と子宮頸がん検診は同じ日に受診できますが、 <u>乳がんセット検診と子宮頸がんは同じ日に受診できませんので、ご注意ください。</u> )				
第1希望日	月 日	月 日	月 日	月 日
第2希望日	月 日	月 日	月 日	月 日
☆受診希望時間を記入してください。(受付時間は30分刻みで設定しています。同時受診を希望の場合は、 <u>30分以上の時間間隔を</u> あけてご希望ください。例：乳がん検診 9:00、子宮頸がん検診 9:30)				
第1希望時間	:	:	:	:
第2希望時間	:	:	:	:
問 診	以下の質問について「はい」に該当する場合は、マンモグラフィを受診出来ません。該当する方に○を記入してください。 ◆平成30年度に市のマンモグラフィ検診を受診しましたか？ (はい・いいえ) (平成30年4月1日～平成31年3月31日の間) ◆心臓ペースメーカーを装着されていますか？ (はい・いいえ) ◆豊胸手術を受けた事がありますか？ (はい・いいえ) ◆妊娠中・授乳中または、母乳の分泌がありますか？ (はい・いいえ) ◆水頭症の為に体内に減圧チューブを入れていますか？ (はい・いいえ)			
一時預かり 保 育	希望する	お子様の名前【 】 性別【 】 生年月日【H 年 月 日】 年齢【 】		
「健診負担金免除申請書」の送付 (※市民税非課税世帯・生活保護世帯に限る)				希望する
予約結果 について	FAXでのお申込みだけでは予約は完了しておりません。お申込み後、ご連絡先宛に内容確認をさせていただきます。3営業日を経過しても市から連絡がない場合は、FAXが届いていない場合がありますので再度お問合せください。また、受診のご案内については、受診日の1週間前に送付させていただきます。健診当日は受診のご案内と受診の案内はがきをお持ちください。			

【健康増進課処理欄】

受付 /	電話 :	確認 :	転記 :
------	------	------	------

記入例

平成31年度

女性がん検診申込書

要予約

ふりがな	さんだ はなこ			
名前	三田 花子			
住所	三田市 川除 675			
電話	079-559-6155		※日中繋がる番号をご記入ください。	
生年月日	大正・昭和・平成 ○○年 ○○月 ○○日 (○○歳) ※H32年3月末現在			
☆ご希望の受診項目に○を記入してください。				
受診項目	乳がんセット検診 (視触診+マンモグラフィ)	乳がん検診 (マンモグラフィのみ)	子宮頸がん検診	乳房超音波検査
		○	○	○
☆受診希望日を記入してください。(乳がん検診と子宮頸がん検診は同じ日に受診できますが、 <u>乳がんセット検診と子宮頸がんは同じ日に受診できませんので、ご注意ください。</u> )				
第1希望日	月 日	5 月 27 日	5 月 27 日	5 月 27 日
第2希望日	月 日	6 月 25 日	6 月 25 日	6 月 25 日
☆受診希望時間を記入してください。(受付時間は30分刻みで設定しています。同時受診を希望の場合は、 <u>30分以上の時間間隔をあけて</u> ご希望ください。例：乳がん検診 9:00、子宮頸がん検診 9:30)				
第1希望時間		9:00	9:30	10:00
第2希望時間		9:30	10:00	10:30
問診	以下の質問について「はい」に該当する場合は、 <u>受診出来ません。</u> 該当する方に○を記入してください。			
	◆平成30年度に市のマンモグラフィ検診を受診しましたか? (はい・ <u>いいえ</u> ) (平成30年4月1日~平成31年3月31日の間)			
	◆心臓ペースメーカーを装着されていますか? (はい・ <u>いいえ</u> )			
	◆豊胸手術を受けた事がありますか? (はい・ <u>いいえ</u> )			
	◆妊娠中・授乳中または、母乳の分泌がありますか? (はい・ <u>いいえ</u> )			
◆水頭症の為に体内に減圧チューブを入れていますか? (はい・ <u>いいえ</u> )				
一時預かり 保育	希望する	お子様の名前【 三田 太朗 】 性別【 男 】		生年月日【 H ○○年 ○○月 ○○日 】 年齢【 ○ 歳 】
「健診負担金免除申請書」の送付 (※市民税非課税世帯・生活保護世帯に限る)				希望する
予約結果 について	FAXでのお申込みだけでは予約は完了しておりません。お申込み後、ご連絡先宛に内容確認をさせていただきます。3営業日を経過しても市から連絡がない場合は、FAXが届いていない場合がありますので再度お問合せください。また、受診のご案内については、受診日の1週間前に送付させていただきます。健診当日は受診のご案内と受診のご案内はがきをお持ちください。			

【健康増進課処理欄】

受付	/	電話:	確認:	転記:
----	---	-----	-----	-----

