〈令和6年度〉

出版健保健康管理センター用申込書　婦人科検診

事業所記号（4桁）		申込日 令和　　年　　月　　日	
事業所名（支店・営業所）		連絡先担当者氏名	
質問票等送付先住所	〒	T E L	

【注意事項】

・当健診センターでは、令和 6 年 4 月より「乳がん検診」の医師による視診触診は実施いたしません。

・30 歳以上 39 歳以下の「乳がん検診」は、超音波検査（乳腺エコー）にて実施いたします。

・40 歳以上の「乳がん検診」は、X 線（ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ）または超音波（乳腺エコー）検査のどちらか一方を選択できます。

※国の指針等においては、40 歳以上の「乳がん検診」にはX線（ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ）検査が推奨されております。

当センター健診曜日別項目表

項目＼曜日	月	※火	水	木	金
健　診	●	●	●	●	●
X線（ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ）	―	●	●	●	―
超音波（乳腺ｴｺｰ）	―	●	●	―	―
子宮がん	―	●	●	●	―

両方の検査はできません。

※火曜日はレディースデーとなりますが、医療スタッフは一部男性が対応しますのでご了承ください。

保険証番号	フリガナ 氏名	希望する検診を○で囲んでください 13:15～			希望日 ※火曜日はレディースデー
①		X 線（ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ）	超音波（乳腺エコー）	子宮がん	第 1 希望　月　日（　）
					第 2 希望　月　日（　）
②		X 線（ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ）	超音波（乳腺エコー）	子宮がん	第 1 希望　月　日（　）
					第 2 希望　月　日（　）
③		X 線（ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ）	超音波（乳腺エコー）	子宮がん	第 1 希望　月　日（　）
					第 2 希望　月　日（　）
④		X 線（ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ）	超音波（乳腺エコー）	子宮がん	第 1 希望　月　日（　）
					第 2 希望　月　日（　）
⑤		X 線（ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ）	超音波（乳腺エコー）	子宮がん	第 1 希望　月　日（　）
					第 2 希望　月　日（　）

出版健保健康管理センター　健康管理課　TEL 03-3292-5091　FAX 03-3292-4120