



## 〈巡回健診専用〉

## 2024年度巡回健診予約申込書

88441

- 注意事項 ※お申込の際には案内の[個人情報のお取り扱いについて]に同意の上、お申込ください。  
※欄外に記入された通信文に対する回答は出来かねます。

以下項目に漏れなく記入の上、FAXまたは郵送で(株)イーウェルまでお送りください。

記入日 月 日

【1】ご希望の健診会場をご記入ください ※健診会場コードは会場リストをご確認ください。

健診会場コード       健診実施日 月 日

※健診会場コード5桁が正しく記入されていない場合、当日受診ができない場合がございます。

【2】ご希望の健診内容をご記入ください

| 健診内容<br>ご希望の<br>オプションに☑を<br>入れてください | 健診コース   | オプション検査  |                                      |
|-------------------------------------|---|--|--------------------------------------|
|                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 013. イーウェル特定健診コース | <input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ                  | <input type="checkbox"/> 034. 胃部X線検査 |
|                                     | <input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査                 | <input type="checkbox"/> 040. 腹部エコー検査                  |                                      |
|                                     | <input type="checkbox"/> 052. HPV検査<br>(自己採取)         | <input type="checkbox"/> 044. 便潜血検査                    |                                      |
|                                     | <input type="checkbox"/> 046. 骨密度検査                   | <input type="checkbox"/> 339. [ABC検査]<br>ペプシノゲン+ピロリ菌検査 |                                      |
|                                     | <input type="checkbox"/> 041. B型肝炎検査                  | <input type="checkbox"/> 042. C型肝炎検査                   |                                      |

【3】受診者様情報をご記入ください

|         |            |       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|---------|------------|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 所属団体コード | 7034       | 保険証記号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 所属団体名   | 商船三井健康保険組合 | 保険証番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|      |          |      |              |  |
|------|----------|------|--------------|--|
| カナ氏名 | (例) カタカナ | ハナコ  | 生年月日<br>(西暦) | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
|      | (セイ)     | (メイ) |              |  |

|          |   |         |  |
|----------|---|---------|--|
| 住所       | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 都道府県    | <input type="text"/>   |
| 日中連絡先 ※1 | <input type="text"/>  | 連絡可能時間帯 | <input type="checkbox"/> 午前<br>9:30~12:00 <input type="checkbox"/> 夕方<br>15:00~17:30 |
| FAX番号 ※2 | <input type="text"/>  |         | <input type="checkbox"/> 午後<br>12:00~15:00 <input type="checkbox"/> いつでも可            |

※1 日中連絡先に(株)イーウェル健康サポートセンターからお電話する場合がございますので、勤務先電話番号を記入いただく際はご注意ください。

※2 FAX番号を記入した場合、「申込結果通知書」はFAXにて送付し郵送はいたしません。

【4】服薬・喫煙についてご記入ください ※今回の健診は、特定健康診査を兼ねる場合がございますので、必ずお答えください。

|  |  |
|--|--|
| ① 血圧を下げる薬を飲んでいますか。   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   |
| ② インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいますか。  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   |
| ③ コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   |
| ④ 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。<br>※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。<br>条件1:最近1か月間吸っている<br>条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている | <input type="checkbox"/> ①はい<br>(条件1と条件2<br>を両方満たす) <input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが、<br>最近1か月間は吸っていない<br>(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ<br>(①②以外) |
| ⑤ 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   |

郵送申込先

〒137-8691 日本郵便株式会社 新東京郵便局郵便私書箱203号  
(株)イーウェル健康サポートセンター「健診予約申込」係

郵送の到着確認は投函後10日程度要しますので予めご了承ください。