

〈人間ドック用〉

2025年度 受診券発行依頼書

88511

- 注意事項 ※お申込の際には[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。
※健診機関へ予約されていない場合、受診ができません。
予約完了後に、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。

□ 健診機関へお電話でのご予約はお済みですか?

記入日 月 日

[1]お電話で予約した健診機関情報・健診内容をご記入ください

健診機関コード	<input type="text"/>	※ 健診機関コード4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。	
受診予約日時	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 <input type="text"/> 分 ~
健診内容 予約された オプションに☑を 入れてください	健診コース	オプション検査	
	<input checked="" type="checkbox"/> 020. イーウェル人間ドックAコース (日帰りベーシック)	<input type="checkbox"/> 031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ	<input type="checkbox"/> 046. 骨密度検査
		<input type="checkbox"/> 052. HPV検査 ※女性のみ	<input type="checkbox"/> 048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性のみ
		<input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ ※女性のみ	<input type="checkbox"/> 049. 胸部CT検査
		<input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ	<input type="checkbox"/> 051. 脳検査
		<input type="checkbox"/> 036. 胃部内視鏡検査への変更	<input type="checkbox"/> 441. 男性AICS® [5種] ※男性のみ
		<input type="checkbox"/> 039. 大腸内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 442. 女性AICS® [6種] ※女性のみ

[2]受診者様情報をご記入ください

(左詰め)

所属団体コード	7134	記号	<input type="text"/>						
所属団体名	味の素健康保険組合	番号	<input type="text"/>						

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

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"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	連絡可能 時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 9:30~12:00	<input type="checkbox"/> 夕方 15:00~17:30
							<input type="checkbox"/> 午後 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。

[3]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せんか。	<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せんか。	<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せんか。	<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。 ※「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。 条件1:最近1か月間吸っている 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 (条件1と条件2 を両方満たす)	<input type="checkbox"/> ② 以前は吸っていたが、 最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす)	<input type="checkbox"/> いいえ (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