



## 〈巡回健診専用〉

## 2025年度 巡回健診予約申込書

88541

- 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 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 健診実施日 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | 日 | <input type="text"/> |
|---------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------|----------------------|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|

※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

|                                         | 健診コース                                                      | オプション検査                                                  |                                                        |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 健診内容<br>ご希望のコース・<br>オプションに☑を<br>入れてください | <input type="checkbox"/> 014. イーウェル一般健診A1<br>コース<br>※35歳以上 | <input type="checkbox"/> 031. 子宮頸部細胞診検査<br>※35歳以上対象      | <input type="checkbox"/> 040. 腹部エコー検査<br>※40歳・50歳のみ対象  |
|                                         |                                                            | <input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ<br>※40歳以上/偶数年齢のみ対象 | <input type="checkbox"/> 048. 前立腺がん検査(PSA)<br>※55歳以上対象 |
|                                         |                                                            | <input type="checkbox"/> 034. 胃部X線検査<br>※35歳以上対象         |                                                        |

[3]受診者様情報をご記入ください

|         |                |       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|---------|----------------|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 所属団体コード | 7315           | 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   | 地域医療振興協会健康保険組合 | 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都 道 府 県                                                                                         |                                            |                                            |
| 日中連絡先 ※1 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 連絡可能<br>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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 連絡可能<br>時間帯 | <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ヵ月間吸っている<br>条件2:生涯で6ヵ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ヵ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。