

所属]→ド[  
事業所名:

チェック方法

事業所に所属の方で《扶養、協会けんぽ以外》の保険証をお持ちの方  
こちらの予約書③での申込みの方は同じ事業所に所属している方のみになります  
※人間ドックコースご希望の場合は支払方法は全額事業所請求もしくは、当日窓口払いになります

## 2026年度 日赤健診予約書

3

フリガナ 氏名										性別		健康診断コース									
										<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/> 日赤生活習慣病予防健診 <small>※午後実施 オプション検査によって 午前実施の場合があります</small>									
受診者番号: [ ]										検便希望		<input type="checkbox"/> ヘリコバクター・ピロリ + ペプシノゲン <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 体組成測定 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT <input type="checkbox"/> 胃部X線(胃バリウム) <input type="checkbox"/> sd-LDLコレステロール <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> レディース									
生年月日 <small>※2027年4月1日時点の年齢</small>												<input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> PSA(男性) <small>腫瘍マーカー</small> <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CA19-9 <input type="checkbox"/> CA125(女性)									
西暦 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 [ ] 歳										オプション検査		<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波+血液(甲状腺機能) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診+HPV検査 <small>女性</small> <input type="checkbox"/> 経腔超音波 <small>性別</small> <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房超音波 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ+乳房超音波 <small>性別</small> <input type="checkbox"/> 心臓・血管セット <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波 <small>性別</small> 人間ドック その他オプション									
電話番号																					
自宅 - -																					
個人携帯 - -																					
受診履歴の確認及び日程再通知のショートメール送信の際に必要となるためご記入ください																					
希望月 <small>※前回受診日 年 月 日</small>										1 日		<input type="checkbox"/> 総合 <input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡+胸部CT <input type="checkbox"/> 全大腸CT+胸部CT									
2026 4 5 6 7 8 9 10 11 12 2027 1 2 3										2 日		<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所									