

胃がん検診(内視鏡検査) 受診券交付申請書

年 月 日

氏名		生年月日	西暦	年	月	日( 歳)
住所	綾部市					
電話番号						
<p>事前確認事項の該当する項目に☑を入れてください。申請者本人がご回答ください。</p> <p>※下記の質問にひとつでも「はい」のある方はこの検診を受けられません</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ (女性の方) 妊娠している可能性はありますか。 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</span></li> <li>・ 現在、入院中ですか。 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</span></li> <li>・ 現在、胃疾患で治療中ですか(ピロリ菌除菌治療を含む)。<span style="float: right;"><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</span></li> <li>・ 過去に「胃全摘手術」を受けましたか。<span style="float: right;"><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</span></li> <li>・ 抗血栓薬(血をさらさらにする薬)を飲んでいますか。<span style="float: right;"><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</span></li> </ul>						

-----下記、記入不要(切り取らないでください)-----

対象者確認： 対象者 ・ 対象外  
 受診券の種類：3,000円 ・ 1,500円 ・ 無料  
 受診券：手渡し ・ 郵送  
 受付番号：                      受付者：