

所属コード [ ]  
**事業所名:**

**2025年度 日赤健診予約書**

③

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  
 ※人間ドックご希望の場合の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

チェック方法

他のお口に✓が重ならないよう  
ご記入ください ※黒色以外も可

所属コード ( )

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| フリガナ<br>氏名   | 性別   | 生年月日 ※2026年4月1日時点の年齢   | 電話番号   |
| 旧姓( )<br>受診者番号:  | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性 | 西暦 年 月 日<br>[ ]歳   | 自宅 - -<br>個人携帯 - -<br>受診履歴の確認及び日程再通知のショートメール送信に<br>必要になりますのでご記入ください  |
| 健康診断<br><input type="checkbox"/> 日赤生活習慣病健診 ※午後実施<br>(オプション検査により午前実施の場合があります) | オプション検査  | <input type="checkbox"/> ヘリコバクター・ピロリ + パプシノゲン<br><input type="checkbox"/> 胸部CT<br><input type="checkbox"/> 腹部超音波<br><input type="checkbox"/> 体組成測定<br><input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT<br><input type="checkbox"/> 胃部X線(胃バリウム)<br><input type="checkbox"/> PSA(男性)<br><input type="checkbox"/> CEA<br><input type="checkbox"/> AFP<br><input type="checkbox"/> CA19-9<br><input type="checkbox"/> CA125(女性) | <input type="checkbox"/> 甲状腺超音波+血液(甲状腺機能)<br><input type="checkbox"/> 骨密度<br><input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診<br><input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診+HPV検査<br>女 <input type="checkbox"/> 経陰超音波<br>性 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ ※乳がん検診<br><input type="checkbox"/> 乳房超音波<br><input type="checkbox"/> マンモグラフィ+乳房超音波 |
| 人間ドック<br>1日<br>2日  |  | -----人間ドック限定-----<br><input type="checkbox"/> 頸動脈超音波<br><input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA<br><input type="checkbox"/> あたまの健康(認知機能)チェック<br><input type="checkbox"/> 脳の健康度評価セット(頭部MRI+MRA、頸動脈超音波、あたまの健康(認知機能)チェック)  | 人間ドック その他オプション<br>( )<br>受診希望月<br>4 10<br>5 11<br>6 12<br>7 1<br>8 2<br>9 3  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| フリガナ<br>氏名   | 性別   | 生年月日 ※2026年4月1日時点の年齢   | 電話番号   |
| 旧姓( )<br>受診者番号:  | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性 | 西暦 年 月 日<br>[ ]歳   | 自宅 - -<br>個人携帯 - -<br>受診履歴の確認及び日程再通知のショートメール送信に<br>必要になりますのでご記入ください  |
| 健康診断<br><input type="checkbox"/> 日赤生活習慣病健診 ※午後実施<br>(オプション検査により午前実施の場合があります) | オプション検査  | <input type="checkbox"/> ヘリコバクター・ピロリ + パプシノゲン<br><input type="checkbox"/> 胸部CT<br><input type="checkbox"/> 腹部超音波<br><input type="checkbox"/> 体組成測定<br><input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT<br><input type="checkbox"/> 胃部X線(胃バリウム)<br><input type="checkbox"/> PSA(男性)<br><input type="checkbox"/> CEA<br><input type="checkbox"/> AFP<br><input type="checkbox"/> CA19-9<br><input type="checkbox"/> CA125(女性) | <input type="checkbox"/> 甲状腺超音波+血液(甲状腺機能)<br><input type="checkbox"/> 骨密度<br><input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診<br><input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診+HPV検査<br>女 <input type="checkbox"/> 経陰超音波<br>性 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ ※乳がん検診<br><input type="checkbox"/> 乳房超音波<br><input type="checkbox"/> マンモグラフィ+乳房超音波 |
| 人間ドック<br>1日<br>2日  |  | -----人間ドック限定-----<br><input type="checkbox"/> 頸動脈超音波<br><input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA<br><input type="checkbox"/> あたまの健康(認知機能)チェック<br><input type="checkbox"/> 脳の健康度評価セット(頭部MRI+MRA、頸動脈超音波、あたまの健康(認知機能)チェック)  | 人間ドック その他オプション<br>( )<br>受診希望月<br>4 10<br>5 11<br>6 12<br>7 1<br>8 2<br>9 3  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| フリガナ<br>氏名   | 性別   | 生年月日 ※2026年4月1日時点の年齢   | 電話番号   |
| 旧姓( )<br>受診者番号:  | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性 | 西暦 年 月 日<br>[ ]歳   | 自宅 - -<br>個人携帯 - -<br>受診履歴の確認及び日程再通知のショートメール送信に<br>必要になりますのでご記入ください  |
| 健康診断<br><input type="checkbox"/> 日赤生活習慣病健診 ※午後実施<br>(オプション検査により午前実施の場合があります) | オプション検査  | <input type="checkbox"/> ヘリコバクター・ピロリ + パプシノゲン<br><input type="checkbox"/> 胸部CT<br><input type="checkbox"/> 腹部超音波<br><input type="checkbox"/> 体組成測定<br><input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT<br><input type="checkbox"/> 胃部X線(胃バリウム)<br><input type="checkbox"/> PSA(男性)<br><input type="checkbox"/> CEA<br><input type="checkbox"/> AFP<br><input type="checkbox"/> CA19-9<br><input type="checkbox"/> CA125(女性) | <input type="checkbox"/> 甲状腺超音波+血液(甲状腺機能)<br><input type="checkbox"/> 骨密度<br><input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診<br><input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診+HPV検査<br>女 <input type="checkbox"/> 経陰超音波<br>性 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ ※乳がん検診<br><input type="checkbox"/> 乳房超音波<br><input type="checkbox"/> マンモグラフィ+乳房超音波 |
| 人間ドック<br>1日<br>2日  |  | -----人間ドック限定-----<br><input type="checkbox"/> 頸動脈超音波<br><input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA<br><input type="checkbox"/> あたまの健康(認知機能)チェック<br><input type="checkbox"/> 脳の健康度評価セット(頭部MRI+MRA、頸動脈超音波、あたまの健康(認知機能)チェック)  | 人間ドック その他オプション<br>( )<br>受診希望月<br>4 10<br>5 11<br>6 12<br>7 1<br>8 2<br>9 3  |