

FAX 送信日 /

FAX/559-5705

三田市健康増進課 あて

令和6年度

女性がん検診申込書

要予約

ふりがな			
名 前			
住 所	三田市		
電 話	※日中繋がる番号をご記入ください。		
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日 (歳) ※R7年3月末現在
☆ご希望の受診項目に○を記入してください。			
受診項目	乳がん検診 (マンモグラフィのみ)	乳房超音波検査	子宮頸がん検診
☆受診希望日を記入してください。			
第1希望日	月 日	月 日	月 日
第2希望日	月 日	月 日	月 日
☆受付希望時間を記入してください。			
第1希望時間	:	:	:
第2希望時間	:	:	:
問 診	以下の質問について「はい」に該当する場合は、マンモグラフィを受診出来ません。該当する方に○を記入してください。 ◆令和5年度に市のマンモグラフィ検診を受診しましたか？ (はい・いいえ) (令和5年4月1日～令和6年3月31日の間) ◆心臓ペースメーカーを装着されていますか？ (はい・いいえ) ◆豊胸手術を受けた事がありますか？ (はい・いいえ) ◆妊娠中・授乳中または、母乳の分泌がありますか？ (はい・いいえ) ◆水頭症の為に体内に減圧チューブを入れていますか？ (はい・いいえ)		
一時預かり 保 育	希望する	お子様の名前【 生年月日【	性別【 年齢【
「健診負担金免除申請書」の送付 (※市民税非課税世帯・生活保護世帯に限る)			希望する
予約結果 について	FAXでのお申込みだけでは予約は完了しておりません。お申込み後、ご連絡先宛に内容確認をさせていただきます。3日間(土日祝除く)を経過しても市から連絡がない場合は、FAXが届いていない場合がありますので再度お問合せください。また、受診のご案内については、受診日の1週間前に送付させていただきます。健診当日は受診のご案内と受診の案内はがきをお持ちください。		

【健康増進課処理欄】

受付 /	窓口・FAX	折返しTEL:	データ入力:	台帳転記:
------	--------	---------	--------	-------

記入例

令和6年度

女性がん検診申込書

要予約

ふりがな	さんだ はなこ		
名前	三田 花子		
住所	三田市 川除 675		
電話	079-559-6155 ※日中繋がる番号をご記入ください。		
生年月日	大正・昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇歳) ※R7年3月末現在		
☆ご希望の受診項目に〇を記入してください。			
受診項目	乳がん検診 (マンモグラフィのみ)	乳房超音波検査	子宮頸がん検診
	○	○	○
☆受診希望日を記入してください。			
第1希望日	5月27日	5月27日	5月27日
第2希望日	6月25日	6月25日	6月25日
☆受診希望時間を記入してください。			
第1希望時間	9:00	9:00	9:00
第2希望時間	9:30	9:30	9:30
問診	以下の質問について「はい」に該当する場合は、 受診出来ません。 該当する方に〇を記入してください。 ◆令和5年度に市のマンモグラフィ検診を受診しましたか？ (はい・ いいえ) (令和5年4月1日～令和6年3月31日の間) ◆心臓ペースメーカーを装着されていますか？ (はい・ いいえ) ◆豊胸手術を受けた事がありますか？ (はい・ いいえ) ◆妊娠中・授乳中または、母乳の分泌がありますか？ (はい・ いいえ) ◆水頭症の為に体内に減圧チューブを入れていますか？ (はい・ いいえ)		
一時預かり 保育	希望する	お子様の名前【 三田 太朗 】 性別【 男 】 生年月日 【 〇〇年 〇〇月 〇〇日 】 年齢【 〇 歳 】	
「健診負担金免除申請書」の送付 (※市民税非課税世帯・生活保護世帯に限る)			希望する
予約結果 について	FAXでのお申込みだけでは予約は完了しておりません。お申込み後、ご連絡先宛に内容確認をさせていただきます。3日間(土日祝除く)を経過しても市から連絡がない場合は、FAXが届いていない場合がありますので再度お問合せください。また、受診のご案内については、受診日の1週間前に送付させていただきます。健診当日は受診のご案内と受診の案内はがきをお持ちください。		

【健康増進課処理欄】

受付 /	窓口・FAX	折返しTEL:	データ入力:	台帳転記:
------	--------	---------	--------	-------