

長崎県五島中央病院  
 医事係 健診担当 宛  
 FAX : 0959-74-5788  
 TEL : 0959-72-3181

令和 年 月 日

令和8年度  
 健診申込書

事業所名: \_\_\_\_\_

担当者様氏名: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

FAX番号: \_\_\_\_\_

No. \_\_\_\_\_

令和8年度末時点の年齢  
 をご記入ください

No.	氏名		生年月日	年齢	性別	コース区分 ※1	追加オプション(自費) ※2					胃カメラ ※3		
	フリガナ	フリガナ	昭和 平成	年 月 日	歳	男 ・ 女	ドック: A・B 脳ドック: C 一般健診: D・E	腹部 超音波	マンモ グラフィ	子宮がん (細胞診)	子宮がん (エコー)	脳MRI	その他	
例	ゴビョウ	ハナコ	昭和 平成	59年 4月 2日	40歳	男 ・ 女	ドック: A・B 脳ドック: C 一般健診: D・E	腹部 超音波	マンモ グラフィ	子宮がん (細胞診)	子宮がん (エコー)	脳MRI	その他 おすすめセット①	○をつけてください 経口・経鼻
①			昭和 平成	年 月 日	歳	男 ・ 女	ドック: A・B 脳ドック: C 一般健診: D・E	腹部 超音波	マンモ グラフィ	子宮がん (細胞診)	子宮がん (エコー)	脳MRI	その他	○をつけてください 経口・経鼻
②			昭和 平成	年 月 日	歳	男 ・ 女	ドック: A・B 脳ドック: C 一般健診: D・E	腹部 超音波	マンモ グラフィ	子宮がん (細胞診)	子宮がん (エコー)	脳MRI	その他	○をつけてください 経口・経鼻
③			昭和 平成	年 月 日	歳	男 ・ 女	ドック: A・B 脳ドック: C 一般健診: D・E	腹部 超音波	マンモ グラフィ	子宮がん (細胞診)	子宮がん (エコー)	脳MRI	その他	○をつけてください 経口・経鼻
④			昭和 平成	年 月 日	歳	男 ・ 女	ドック: A・B 脳ドック: C 一般健診: D・E	腹部 超音波	マンモ グラフィ	子宮がん (細胞診)	子宮がん (エコー)	脳MRI	その他	○をつけてください 経口・経鼻
⑤			昭和 平成	年 月 日	歳	男 ・ 女	ドック: A・B 脳ドック: C 一般健診: D・E	腹部 超音波	マンモ グラフィ	子宮がん (細胞診)	子宮がん (エコー)	脳MRI	その他	○をつけてください 経口・経鼻

※1 「コース区分」は別紙「健診・人間ドック コース一覧」の中から選択してください。

※2 「追加オプション」は別紙「オプション検査一覧」の中から選択してください。

※3 AコースまたはBコースを選択した場合、胃カメラの経口または経鼻に○をつけてください。  
 選択がない場合は経口での申し込みとなります。

【連絡事項】