

巡回健診予約申込書の記入方法

[FAX・郵送の場合]

「巡回健診予約申込書」の全ての項目を漏れなくご記入ください。

記入方法

FAX送信先 **0570-057021** FAXの到着確認は送信後2〜3日かかります。到着確認が済むまでお問い合わせはできません。【03-6659-7900】までお問い合わせください。

〈巡回健診専用〉
2024年度 巡回健診予約申込書 88442

以下項目に漏れなく記入の上、FAXまたは郵送で株イーウェルまでお送りください。記入日 年 月 日

① 希望会場
② 健診コース・オプション検査
③ 保険証記号・番号
④ 受診者カナ氏名・生年月日
⑤ 住所・日中連絡先・FAX番号
⑥ 事前問診

① 希望の健診会場コード・健診実施日をご記入ください。

② 希望のオプション検査にチェックしてください。

③ 受診される方の情報をご記入ください。

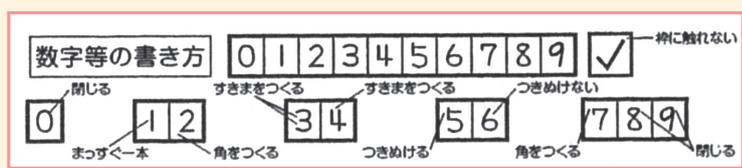
④ 現時点のご状況にチェックしてください。

⑤ 日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。(株)イーウェルや健診機関からご連絡を差し上げる場合がございます。

⑥ 「FAX番号の記入あり」ご記入いただいたFAX番号へFAXで「申込結果通知書」を送付いたします。「FAX番号の記入なし」ご記入いただいたご住所へ「申込結果通知書」を郵送いたします。

ご記入時の注意事項

巡回健診予約申込書は、機械により処理するため、黒ボールペンで枠内に収まるように丁寧に記入ください。尚、記載ミスに伴う誤送付などにつきまして、(株)イーウェルは責任を負いかねます。



- 記入誤りの際は訂正する文字を二重線で消し、その下に修正内容をご記入ください。
- 欄外に記入された通信文に対する回答は出来かねますのでご注意ください。

【注意】よくあるお申込間違い

FAX・郵送での健診予約申込の際、以下のケースが多く発生しております。巡回健診予約申込書にご記入の際、くれぐれもご注意ください。

- 健診会場の健診会場コードが異なっている
「健診会場リスト」に記載されている健診会場コードをよくご確認ください。
- 申込締切日が過ぎている健診会場が記載されている
申込締切日が過ぎている健診会場に申込することは出来ません。「健診会場リスト」に記載されている申込締切日(必着)をご確認いただいた上でご記入ください。

案内の「個人情報のお取り扱いについて」にご同意の上、FAXまたは郵送にてお申込ください。

〈巡回健診専用〉

2024年度 巡回健診予約申込書

88442

以下項目に漏れなく記入の上、FAXまたは郵送で(株)イーウェルまでお送りください。

記入日 月 日

【1】ご希望の健診会場をご記入ください ※健診会場コードは会場リストをご確認ください。

健診会場コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	健診実施日	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>
---------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------

※健診会場コード5桁が正しく記入されていない場合、当日受診ができない場合がございます。

【2】ご希望の健診内容をご記入ください

健診内容 ご希望の オプションに☑を 入れてください	健診コース	オプション検査
	<input checked="" type="checkbox"/> 014. イーウェル一般健診A1コース	<input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ ※女性のみ
	<input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ	<input type="checkbox"/> 048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性(50歳以上)のみ
	<input type="checkbox"/> 034. 胃部X線検査 ※40歳以上	<input type="checkbox"/> 339. [ABC検査] ペプシノゲン +ピロリ菌検査※1

※1 [ABC検査]ペプシノゲン+ピロリ菌検査の補助は当健保加入後1人1回限りです。

【3】受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7256	保険証記号	<input type="text"/>						
所属団体名	ファイザー健康保険組合	保険証番号	<input type="text"/>						

カナ氏名	(例) カタカナ	ハナコ	生年月日 (西暦)	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
	(セイ)	(メイ)							

住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	都 道 府 県
-----	---	------------

日中連絡先 ※1	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	連絡可能 時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 9:30~12:00	<input type="checkbox"/> 夕方 15:00~17:30
FAX番号 ※2	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 午後 12:00~15:00	<input type="checkbox"/> いつでも可

※1 日中連絡先に(株)イーウェル健康サポートセンターからお電話する場合がございますので、勤務先電話番号を記入いただく際はご注意ください。

※2 FAX番号を記入した場合、「申込結果通知書」はFAXにて送付し郵送はいたしません。

【4】服薬・喫煙についてご記入ください ※今回の健診は、特定健康診査を兼ねる場合がございますので、必ずお答えください。

① 血圧を下げる薬を飲んでいませんか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
② インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいませんか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
③ コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいませんか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
④ 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> ①はい (条件1と条件2 を両方満たす)	<input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが、 最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす)	<input type="checkbox"/> いいえ (①②以外)
⑤ 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

【5】[ABC検査]ペプシノゲン+ピロリ菌検査を受診する方は以下について必ずご記入ください

① ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
② 食道や、胃、十二指腸の疾患が強く疑われるような自覚症状がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③ 食道炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍などの治療を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④ 胃酸分泌抑制薬(プロトンポンプ阻害薬)を飲んでいませんか。(服用中もしくは2か月前以内に服用していた者)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 胃の切除手術を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 腎機能障害がありますか。(目安クレアチニン値が3mg/dL以上)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

郵送申込先

〒137-8691 日本郵便株式会社 新東京郵便局郵便私書箱203号
(株)イーウェル健康サポートセンター「健診予約申込」係

郵送の到着確認は投函後10日程度要しますので予めご了承ください。