

令和7年度 集団健診・がん検診申込書

1人目

1. 氏名等をご記入ください			
氏名			
生年月日 T・S・H 年 月 日			
現住所 西予市			
携帯 ー ー 連絡先 自宅 0894 ー ー			
2. 受診する項目欄に日程をご記入ください			
基本健診		19歳以上	月 日 ☐ 社保被扶養者（受診券が必要）
肺 ※どちらか	CR	40歳以上	月 日
	CT	40歳以上	月 日
大腸		40歳以上	月 日
胃		40歳以上	月 日
子宮		20歳以上 女性	月 日
乳	マンモグラフィ	40歳以上 女性	月 日
	乳房超音波	20～39歳 女性	月 日
骨粗しょう症		40～70歳 節目年齢女性	月 日
前立腺		50歳以上 男性	月 日
肝炎		40歳以上 過去未受診者	月 日
腹部超音波		40歳以上	月 日
3. 連絡事項			
受付希望時間等			
その他			

2人目

1. 氏名等をご記入ください			
氏名			
生年月日 T・S・H 年 月 日			
現住所 ☐ 左記と同じ 西予市			
携帯 ー ー 連絡先 自宅 0894 ー ー			
2. 受診する項目欄に日程をご記入ください			
基本健診		19歳以上	月 日 ☐ 社保被扶養者（受診券が必要）
肺 ※どちらか	CR	40歳以上	月 日
	CT	40歳以上	月 日
大腸		40歳以上	月 日
胃		40歳以上	月 日
子宮		20歳以上 女性	月 日
乳	マンモグラフィ	40歳以上 女性	月 日
	乳房超音波	20～39歳 女性	月 日
骨粗しょう症		40～70歳 節目年齢女性	月 日
前立腺		50歳以上 男性	月 日
肝炎		40歳以上 過去未受診者	月 日
腹部超音波		40歳以上	月 日
3. 連絡事項			
受付希望時間等			
その他			

※申込者数によっては、希望どおりの受付時間とならない場合があります。

3人目以降の記入は裏面へ

- 【申込書提出先】
- ・本庁 健康づくり推進課
 - ・本庁 市民課
 - ・各支所 地域生活課
 - ・各地域づくり活動センター

【申込書提出締切】 **受診する日の4週間前**

【問合せ先】 健診専用ダイヤル おー！よやく
0894-62-0489 平日8:30～17:15

7年度は料金が改定されています。健診カレンダーを参照ください。



簡単！WEB予約 へ

【市記入欄】

受付日 月 日

受付者

登録者

確認者

