

脳ドック申込書

◆ 申込方法 申込者 → 工場総務 → 健保&申込者

補助条件：被保険者の資格取得日より1年以上経過しており、かつ30歳以上の被保険者および被扶養者
4月から翌年3月まで1回限り（脳ドックを受診された方は人間ドックの補助はできません。）

(注) 必ずこの申込書を提出してください。

◆ 受診者について

		記入日	年	月	日
保険証番号 <small>必須</small>	14-	従業員氏名 <small>必須</small>			
所属 <small>必須</small>		部	課	内線	
受診者氏名 <small>必須</small>			生年月日 <small>必須</small>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
住所 <small>必須</small>	〒		電話番号	— —	

健診機関		検査内容		
1	西田病院	頭部MRI・頭部MRA・頸動脈エコー 血圧・心電図・血液検査・結果説明		
2	新武雄病院	頭部MRI・頭部MRA・頸動脈エコー 血圧・心電図・血液検査・結果説明		
3	福岡新水巻病院	MRI,MRA,頸部超音波・胸部X線、血圧、心電図 便潜血、血液、尿、視力、聴力、身体測定(身長、体重など)		
希望日	第1希望 健診機関番号	第2希望 健診機関番号	第3希望 健診機関番号	
	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	
	第4希望 健診機関番号	第5希望 健診機関番号		
	月 日 曜日	月 日 曜日		

※工場総務記入

受診日	年 月 日 曜日
予約をした日	年 月 日 曜日
健診機関	福岡新水巻 病院

総務処理印	健保処理印

★受診票は受診日の5日前までに健診機関から自宅へ郵送されます。

受診票に記入し、当日健診機関へ持参してください。注意事項等パンフレットをよく読んでください。

健診日の変更、キャンセル等の場合は工場総務に連絡してください。

★受診者負担金額は1人10,000円。ただし、節目健診対象者は1人5,000円。

婦人科健診込み。オプションは受診者負担となります。受診日当日に各健診機関へお支払いください。

※当健保は健康保険法第150条に規定される「健康診査」を行うため脳ドックの結果を健診機関から健保にも提出していただいております。この結果の取扱いについては、今後も適法かつ適切に管理するよう細心の注意を払って取り組んでまいります。ご理解いただきますようお願い申し上げます。

脳ドック事前調査票

脳ドックを希望される方は次の質問にお答えください

★ 体内に心臓ペースメーカーを入れていますか？	はい	いいえ
★ 心臓に人工弁を入れていますか？	はい	いいえ
★ 頭の手術をされて金属機器を入れていますか？	はい	いいえ
★ インプラントを入れていますか？	はい	いいえ
★ イレズミがありますか？（アートメイクを含む）	はい	いいえ
★ その他体内に金属を入れていますか？	はい	いいえ
★ 閉所恐怖症ですか？	はい	いいえ
★ 脳の病気で定期的に通院していますか？	はい	いいえ
★ 妊娠していますか？（女性のみ）	はい	いいえ

脳ドックは、高磁場内での検査です。
体内に金属等がある場合、部位に関係なく金属の種類によっては検査が行えません。
検査を受ける前に金属を入れた病院に金属の種類等を確認して、主治医の許可を得てください。
金属によっては、体内で熱を帯びたり動いたりして大変危険です。
また、かなり狭い空間に20～30分入りますので閉所恐怖症の方も医療機関に確認してください。

★ 体内に金属が入っている方、脳の病気で定期的に通院している方のみ 金属の種類等、高磁場内での検査が大丈夫か主治医に確認 しましたか？	はい	いいえ
---	----	-----

受診者署名 _____