

〈巡回健診専用〉

2026年度 巡回健診予約申込書

88642

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"/>	<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 ご希望のコース・ 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 type="checkbox"/> 014. イーウェル一般健診A1コース ※40歳以上 <input type="checkbox"/> 015. イーウェル一般健診A2コース ※40歳未満 <small>※本健診選択の場合「人間ドック」「脳ドック」および 施設健診との重複受診は出来ません</small>	<input type="checkbox"/> 052. HPV検査(自己採取) <input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査 <small>> ※女性のみ 婦人科検診の補助を利用した 受診となります。</small> <input type="checkbox"/> 040. 腹部エコー検査

※自己負担についてはP.18の「健診概要」の「オプション検査」を確認してください。

【3】受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7145	健康保険の記号 (4桁)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
所属団体名	みずほ健康保険組合	健康保険の番号 (2桁~7桁)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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ておりますので、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。 <small>※「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ヵ月間吸っている 条件2:生涯で6ヵ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている</small>	<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ヵ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ヵ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。

受診券発行依頼書

巡回健診予約申込書