



戸塚診療所



日曜健康診断のお知らせ

建設国保加入者と20歳以上の家族は年度内1回**無料**です

日時 : 2月16日(日) 8:30~11:30

会場 : 医療生協かながわ 戸塚診療所
横浜市戸塚区戸塚町 3880-2

健診内容

基本健診

身長・体重・腹囲・視力・
医師診察・血圧・尿検査
血液検査・胸部X線

特別検診

心電図・聴力
胃レントゲン(40歳以上)
便潜血(40歳以上)

※ 特殊健診(じん肺・有機溶剤など)ご相談ください。
※ その他、有料オプション検査もご用意しております。
腹部エコー検査 3,300円・乳腺エコー検査など



※ 近隣駐車場をご利用の場合は、
QUOカード1000円分差し上げます。
(当日は入庫証明書をお持ちください)

※ 朝食を摂らずにご来院いただければ、
当日受ける事も可能です。

■ 協会けんぽもご利用いただけます。

申込用紙は裏面にございます。詳細は受付確認後ご連絡させていただきます。
7日前までにお申し込みいただければ事前に必要な書類をご郵送いたします。
戸塚診療所での健診についてのお問い合わせは TEL045-864-3511(代表)

(会社名)

□会社単位でお申し込みの際は、必ずご記入ください

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------|---|-------------------------------|----|--------|-----|------|-----|-------|--|--|--|--|
| ふりがな | 本人・家族 | 建設国保 | 生年月日 | 年齢 | 性別 | | | | | | | | |
| 氏名 | 本人 家族 | 加入 未加入 | | 歳 | 男 女 | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 保険証番号： | | | ※検査を希望する場合は○、受けない場合は×を | | | | | | | | | | |
| 記号 | 番号 | <table border="1"><tr><td>胃がん</td><td>大腸がん</td><td>乳がん</td><td>腹部エコー</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | 胃がん | 大腸がん | 乳がん | 腹部エコー | | | | |
| 胃がん | 大腸がん | 乳がん | 腹部エコー | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------|---|-------------------------------|----|--------|-----|------|-----|-------|--|--|--|--|
| ふりがな | 本人・家族 | 建設国保 | 生年月日 | 年齢 | 性別 | | | | | | | | |
| 氏名 | 本人 家族 | 加入 未加入 | | 歳 | 男 女 | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 保険証番号： | | | ※検査を希望する場合は○、受けない場合は×を | | | | | | | | | | |
| 記号 | 番号 | <table border="1"><tr><td>胃がん</td><td>大腸がん</td><td>乳がん</td><td>腹部エコー</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | 胃がん | 大腸がん | 乳がん | 腹部エコー | | | | |
| 胃がん | 大腸がん | 乳がん | 腹部エコー | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------|---|-------------------------------|----|--------|-----|------|-----|-------|--|--|--|--|
| ふりがな | 本人・家族 | 建設国保 | 生年月日 | 年齢 | 性別 | | | | | | | | |
| 氏名 | 本人 家族 | 加入 未加入 | | 歳 | 男 女 | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 保険証番号： | | | ※検査を希望する場合は○、受けない場合は×を | | | | | | | | | | |
| 記号 | 番号 | <table border="1"><tr><td>胃がん</td><td>大腸がん</td><td>乳がん</td><td>腹部エコー</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | 胃がん | 大腸がん | 乳がん | 腹部エコー | | | | |
| 胃がん | 大腸がん | 乳がん | 腹部エコー | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------|---|-------------------------------|----|--------|-----|------|-----|-------|--|--|--|--|
| ふりがな | 本人・家族 | 建設国保 | 生年月日 | 年齢 | 性別 | | | | | | | | |
| 氏名 | 本人 家族 | 加入 未加入 | | 歳 | 男 女 | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 保険証番号： | | | ※検査を希望する場合は○、受けない場合は×を | | | | | | | | | | |
| 記号 | 番号 | <table border="1"><tr><td>胃がん</td><td>大腸がん</td><td>乳がん</td><td>腹部エコー</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | 胃がん | 大腸がん | 乳がん | 腹部エコー | | | | |
| 胃がん | 大腸がん | 乳がん | 腹部エコー | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

医療生協かながわ

戸塚診療所

FAX 045-864-3513

e-mail : cl-totsuka01@mc-kanagawa.or.jp