

脳ドックをお申込の方は、裏面にご記入ください。

令和7年 月 日

令和7年度 智頭町ドック申込書

平日の月曜日～金曜日の午前8時30分～午後5時15分の間に、マイナンバーカード・健康保険証を持参のうえ、ほのほの内智頭町保健センター福祉課窓口で申し込んでください。

※次の項目に○印、または記入のうえ提出してください。

フリガナ 氏名		住所 電話番号	智頭町大字 (昼間の連絡先)
性別	男・女	生年月日	昭和 年 月 日生まれ (歳) 対象：昭和26年4月2日～昭和61年4月1日生まれ
健康保険の種類・同意	1. 智頭町国民健康保険 2. 全国健康保険協会（協会けんぽ）鳥取支部 ※町が智頭町ドックの結果を全国健康保険協会鳥取支部に情報提供することに同意する人のみ以下の記入・押印（シャチハタ不可）をお願いします。（この情報提供は「高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）」に基づくものであり、特定健診及び関連する保健事業の目的以外には使用しません。）		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"><p>智頭町ドック情報提供同意</p><p style="text-align: right;">令和 7年 月 日</p><p>智頭町長 様 ドック申込者 住所 八頭郡智頭町大字 氏名 Ⓜ</p><p>私は、「高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）」に基づき、智頭町が保有する智頭町ドックの結果を全国健康保険協会鳥取支部に情報提供することに同意します。</p></div>		
3. その他 ()			
選択	胃がん検診	胃がん検診は胃カメラのみです。あてはまるものに○をつけてください。 胃カメラ (口から ・ 鼻から) ※鼻腔が狭い・鼻詰まり・花粉症等の症状がある方は、鼻から実施できない可能性があります。	
オプション	肝炎ウイルス検診	今まで肝炎ウイルス検査を実施されていない方のみ対象です。あてはまるものに○をつけてください。 (希望する ・ 希望しない)	
	乳がん検診	令和7年度に誕生日を迎え偶数年齢になる女性の方のみ対象です。あてはまるものに○をつけてください。 (希望する ・ 希望しない)	
	頸部エコー検査	ご希望の方にはドック費用1万円に加えて実費3,850円を頂戴します。あてはまるものに○をつけてください。 (希望する ・ 希望しない)	
備考	希望の月・曜日等を御記入ください。（ご希望に添えない場合もあります。ご了承ください。） () 保健指導の対象となった場合、必ず受けることをご了承ください。		

智頭町ドックをお申込の方は、裏面にご記入ください。

令和7年 月 日

令和7年度 脳ドック申込書

月曜日～金曜日（祝日を除く）の午前8時30分～午後5時15分の間に、マイナンバーカード・健康保険証等を持参のうえ、ほのぼの内智頭町保健センター福祉課窓口で申し込んでください。

※次の項目に○印、または記入のうえ提出してください。

フリガナ 氏名		住所 電話番号	智頭町大字 (昼間の連絡先)
性別・ 生年月日	性別（ ）／昭和 年 月 日生まれ（ 歳） 対象：昭和41年4月2日～昭和61年4月1日生まれ ※以下の人は対象外です。 ・脳梗塞や脳内疾患にかかったことがある人 ・ペースメーカーを使用している人 ・人工内耳・中耳を装着している人 ・インスリン注入ポンプを使用している人 ・体内に金属を入れている人 ・閉所恐怖症の人		
健康保険の 種類	1. 智頭町国民健康保険 2. 全国健康保険協会（協会けんぽ）鳥取支部 3. その他（ ）		
ご希望の 医療機関	脳ドックは、下記医療機関のいずれかで行います。 希望がある場合は、以下を記入してください。ただし、必ずしも希望に添えるとはかぎりませんので、ご了承ください。 実施医療機関 おおたけ脳神経・漢方内科クリニック、鳥取医療センター、 鳥取赤十字病院、鳥取生協病院、国民健康保険岩美病院 第一希望（ ） 第二希望（ ） 第三希望（ ） 第四希望（ ） ※医療機関によっては、脳ドック当日、医師の診察がない場合もあります。 ※検査時間が午後になる医療機関もあります。		

※不明な点や、平日上記時間内に福祉課に来庁することが困難な人は、福祉課（電話：75-4101）まで連絡してください。