

胃がんリスク検査・大阪市大腸がん検診 申込書

氏 名	(ふりがな)
生年月日	大・昭・平 年（西暦 年） 月 日（ 歳）
医療保険	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 後期高齢者医療制度 生活保護 ・ その他（ ）
住 所	〒 -
電話番号	
e-mail	
備 考	

下記の当てはまる□に✓を入れてください。

☐ 40歳以上	☐ 40歳未満
☐ 大阪市内在住	☐ 大阪市外在住
今年度内に	
☐ 便検査を受けていない	☐ 便検査を受けた
☐ 大腸カメラを受けていない	☐ 大腸カメラを受けた
血便や便が細くなったという自覚症状が	
☐ ない	☐ ある→医療機関を受診してください。
この検査を受けることに	
☐ 同意する	☐ 同意しない
↑こちらに一つでも当てはまる人は対象外となります。	

※この申込書は、特定非営利活動法人ときんに下記のいずれかの方法で送ってください。

- FAX：06-6654-7601
- e-mail：info@tokin.or.jp
- 郵送：〒557-0044 大阪市西成区玉出中1丁目11-17 アイセ玉出ビル

N P O 法人ときん事務局 宛

※対象となる方には、3週間以内に下記のいずれかの病院から検査キットを郵送します。希望される病院があれば□に✓を入れてください。検査費用¥300（＋振込手数料）が必要です。郵送された封書内の用紙に記載されている振込先にご入金後、検体を返信用の封筒に入れて送り返してください。返信用の封筒の宛名の医療機関に直接検体と検査費用を持参いただくことも可能です。

- ☐山紀会山本第三病院 大阪市西成区南津守4丁目5-20 電話：06-6658-6611
- ☐弘仁会まちだ胃腸病院 大阪市西成区山王1丁目1-15 電話：06-6649-1251
- ☐景岳会南大阪病院 大阪市住之江区東加賀屋1丁目18-18 電話：06-6685-0221

※本申込書の個人情報、上記医療機関で管理し、本検査に関する目的以外には使用しません。