

2017年4月16日実施 甲状腺超音波検診申込書(兼説明同意書)

申込日 年 月 日

以下をご確認の上、甲状腺検診を申し込まれる場合はご署名をお願いします。

“甲状腺検診えどがわ”では検査結果を集計してデータの公表を行います。個人を特定するデータの集計・公表は致しません。(連絡先等の個人情報、当事者へのご連絡以外に使用いたしません。)将来は他の市民検診と共同してデータベース化することも考えております。将来の健康管理のため重要なデータとなると思いますが、データの集計を拒否される場合は住所欄にある 集計不可 にチェックを入れてください。

“甲状腺検診えどがわ”で行っている検査は、あくまでもボランティア医師によるスクリーニング検査ですので、詳細な確定診断を出すことはできません。精密検査をご希望の方は、専門医の受診をお勧めいたします。

ご依頼者(保護者)署名欄

ふりがな		性別 女・男	生年月日(西暦) :		
氏名			年	月	日
ふりがな					
住所	<input type="checkbox"/> 集計不可				
Tel		メール			

検診対象者

氏名	性別	生年月日	年齢	甲状腺検診の有無
ふりがな	女・男	年 月 日	歳	無 ・ 有 (回)
ふりがな	女・男	年 月 日	歳	無 ・ 有 (回)
ふりがな	女・男	年 月 日	歳	無 ・ 有 (回)

検診希望枠に○をご記入下さい。

① 午前の部 10:00~12:00 希望	② 午後の部 13:30~15:30 希望

【備考】

- ・ 検診がスムーズにできるように、なるべく首周り・胸元のゆったりした服装でお越しください。
- ・ 当日検診についての事前説明がありますので、可能な限り説明会にもご参加ください。
- ・ 募集は①午前 25名、②午後 25名程度です。
- ・ 検診の対象は目安としておおむね6歳~24歳とします。
- ・ この検診活動は医師・市民のボランティアで行っています。受診にあたっては、検診一人あたり1,500円程度のカンパをお願いしています。検診活動経費の一部となります。(福島から避難されている方は無料)

申込方法①メール : kouzyousen.edogawa@gmail.com

申込方法②FAX : 03-3688-1657 (事務局 : 石倉)

事務局記入欄	受付確認		検診時間		連絡	
--------	------	--	------	--	----	--

実行団体 : 甲状腺検診えどがわ 江戸川区西葛西 6-28-20-215(事務局 : 石倉)