

被爆二世健康診断受診申込書

記入日：令和6年 月 日

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
受診者氏名					
生年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日				
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
	香川県	<input type="text"/>	市郡	<input type="text"/>	町 <input type="text"/>
(香川県外にお住まいの方は申し込みできません。お住まいの都道府県庁へお尋ねください。)					
連絡先 〔電話番号〕	<input type="text"/>				
ハイフンを含め左詰めで御記入ください。 (受診者本人と連絡をとる必要がある場合がありますので、日中連絡を取れる電話(携帯)番号・連絡方法を記入してください。)					
過去の受診状況 〔右の該当する項目に☑〕	<input type="checkbox"/> 初めて受診する。 <input type="checkbox"/> 受診したことはあるが何年度に受診したかわからない。 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年度に受診した。 ※複数回受診されている場合は、直近の年度を記載して下さい。 例) 令和5年度→R05 平成15年度→H15				
父または母の氏名・ 被爆者手帳の番号	ふりがな				
	氏名				
	被爆者健康手帳番号 〔左詰めで御記載ください。〕 〔交付の都道府県または市について、右の該当する項目に☑〕 ※香川県以外で交付されている場合は、その都道府県・市名を記載して下さい。〕		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
		<input type="checkbox"/> 香川県			
		<input type="checkbox"/> 香川県以外の都道府県	<input type="text"/>		
		<input type="checkbox"/> 広島市または長崎市	<input type="text"/>		

受診希望の医療機関 〔右の希望する病院に☑〕	<input type="checkbox"/> 高松平和病院	令和6年12月2日(月)～20日(月)(土日祝日除く) 8時30分～11時30分												
	<input type="checkbox"/> 善通寺診療所	令和6年12月2日(月)・4日(水)・6日(金)・ 9日(月)・11日(水)・13日(金) 各10時～11時30分、14時～16時(金曜は午後のみ)												
	<input type="checkbox"/> 県立中央病院	令和6年11月6日(水)・13日(水)・20日(水)・ 27日(水)・12月4日(水) 各13時(受付は12時から)												
受診希望日 〔高松平和病院・善通寺診療所 受診の方は希望時間も記入し てください。〕	第一希望	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> <td>月</td> <td> </td><td> </td> <td>日</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td> <td>時</td> <td> </td><td> </td> <td>分希望</td> </tr> </table>			月			日			時			分希望
			月			日								
		時			分希望									
第二希望	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> <td>月</td> <td> </td><td> </td> <td>日</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td> <td>時</td> <td> </td><td> </td> <td>分希望</td> </tr> </table>			月			日			時			分希望	
		月			日									
		時			分希望									
多発性骨髄腫検査の 希 望	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない													
被爆二世健康記録簿 交 付 希 望	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない													