

2018年3月4日実施 甲状腺超音波検診申込書（兼説明同意書）

申込日 2018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致します。

甲状腺検診ちばの会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、もしデータ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。

甲状腺検診ちばの会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	生年月日(西暦) :
氏名		女・男	年 月 日
ふりがな			
住所	<input type="checkbox"/> 集計不可		
Tel		メール	

検診受信者

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。

A. 10:30~12:30 希望(説明 10:00)	B. 14:00~16:00 希望(説明 13:30)
○	○

【備考】

- ・ 検診がスムーズにできるように、受診される方は首回り・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10時からありますので、可能な限り説明会にご参加ください。
- ・ 検診の対象は目安としておおむね6歳~25歳の方です。
- ・ 募集は各枠：20名、計40名程度となります。
- ・ この検診活動は医師・市民のボランティアで行っております。受診にあたっては一人あたり1,500円程度のカンパをお願いしております。検診活動経費の一部となります。避難者の方からはいただきません。

申込先 メール：e-take@mqb.biglobe.ne.jp

Fax：043-271-0317（メール/fax 共に竹内宛）

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

実行団体：甲状腺検診ちばの会 千葉市花見川区瑞穂1-19-4 倉形方 070-5439-7432