

松戸市甲状腺超音波検査申込書兼同意書

申込書

検査を受ける方	フリガナ		生年月日	平成 年 月 日	性別	男・女
	氏名			(歳 か月)		
	住所	〒 松戸市			日中連絡可能な電話番号	
					自宅・本人・母・父	
	検査回数	初めて・ 2回目 ・ 3回目以上			症状の有無	有・無
市民税課税状況	課税世帯 ・ 非課税世帯 ・ 生活保護受給世帯					
申請者	氏名		続柄			
	住所	(上記と違う場合記載) 松戸市 (電話 :)				

同意書

【検査に関する同意事項（必須）】 ※内容を確認したら口にチェック✓を記入

- 1 本検査は、原発事故による放射線の影響を評価するものではありません。
- 2 検査結果は現時点の状態であり、将来を保障するものではありません。
- 3 A判定において医師から追加検査等の指示があった場合やB・C判定となった場合、受診者または保護者が診療予約をして受診します。(保険診療)
- 4 検査日において自覚症状があった場合は、検査をキャンセルします。
- 5 中学生以下の方の検査には、保護者の付き添いをお願いいたします。
- 6 小さいお子さんの場合、泣いたり、動いたりして検査ができなかった際、検査を中止することがあります。
- 7 B・C判定であった場合、市職員からご連絡をすることがあります。

【その他 同意事項（任意）】 ※同意の有無にチェック✓を記入

- 8 検査結果の判定区分は、個人が特定できない範囲で情報を公開します。
→ 同意する 同意しない
- 9 助成金を受けるにあたり、受診者の居住状況や属する世帯の課税状況を市職員が確認します。→ 同意する 同意しない

※同意しない場合は、下記の提示が必要です。

- ・検査を受ける者の住民票
- ・市民税非課税世帯：非課税証明書
- ・生活保護受給世帯：生活保護緊急（夜間・休日）受診証

- 私（申込者又は保護者）は、別紙「松戸市甲状腺超音波検査を希望される方へ」を読み、検査の目的などについて理解した上で、上記1～7について同意します。また、その他同意事項は、選択のとおりで間違いありません。

令和 年 月 日 氏名(署名)

※検査を受ける者が未成年の場合は、保護者による署名

受付記入欄

検査機関 (新松戸中央総合病院 ・ 東葛クリニック病院) 診察券 (有 ・ 無)