生活習慣病予防健診受診予定者名簿　　( 追加検査を希望する方は必ず○をつけてください )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | |  | | | | | | |  | | | ご担当 | | |  | | | 荘内地区健康管理センター  事業推進課  TEL：0235-22-6445  FAX：0235-25-2216  E-mail：kenshin@tsuruoka-med.jp | | | |
| 事業所  所在地 | | |  | | | | | 保険者番号 |  | | | | 電話番号 | | |  | | |
|  | | | | | 記　号 |  | | | | FAX番号 | | |  | | |
|  | 予約日 | 時間 | | 保険証番号 | 氏名／カナ | | 性別 | 生年月日 | | | 年度  年齢 | コ｜ス | | 追加検査 | | | | | | 特殊健診 | | 備考 |
| 付加  健診 | 乳 | | 子宮 | 腹部  超音波 | | 有機 | 特化物 |
| 1 |  | **：** | |  |  |  |  |  | | |  | 一般 | |  |  | |  |  | |  |  |  |
|  |  |
| 2 |  | **：** | |  |  |  |  |  | | |  | 一般 | |  |  | |  |  | |  |  |  |
|  |  |
| 3 |  | **：** | |  |  |  |  |  | | |  | 一般 | |  |  | |  |  | |  |  |  |
|  |  |
| 4 |  | **：** | |  |  |  |  |  | | |  | 一般 | |  |  | |  |  | |  |  |  |
|  |  |
| 5 |  | **：** | |  |  |  |  |  | | |  | 一般 | |  |  | |  |  | |  |  |  |
|  |  |
| 6 |  | **：** | |  |  |  |  |  | | |  | 一般 | |  |  | |  |  | |  |  |  |
|  |  |
| 7 |  | **：** | |  |  |  |  |  | | |  | 一般 | |  |  | |  |  | |  |  |  |
|  |  |
| 8 |  | **：** | |  |  |  |  |  | | |  | 一般 | |  |  | |  |  | |  |  |  |
|  |  |

変更がある場合は訂正をお願いいたします。新規の方は空欄または白紙の名簿にご記入ください。

　「乳」はマンモグラフィでの検査になります。乳房超音波検査をご希望の場合は備考にご記入ください。