

# 記入例

## 【生活習慣病予防健診受診予定者名簿】

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)

希望する検査に○をつけてください。

事業所				TEL : 0235-22-6445	
事業所所在地		保険者番号	01060011	電話番号	FAX : 0235-25-2216
		記号	1234 5678	FAX番号	E-mail : kenshin@tsuruoka.med.jp

予約日	時間	保険証番号	氏名/カナ	性別	生年月日	年度年齢	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	5/7 6:30	1	イシカイ タロウ 医師会 太郎	M	昭和46年5月1日	50	○	/	/				
2	6/21 9:30	10	イシカイ ハナコ 医師会 花子	F	昭和36年10月20日	60		*	*	○			
3	10/5 9:30	32	イシカイ カズコ 医師会 和子	F	昭和59年8月3日	37	○	○					乳房超音波
4	8/5 6:30	99	イシカイ シロウ 医師会 二郎	M	昭和55年1月25日	42		/	/	○	○		キシレン・トルエン
5	:												
6	:												

予約日・時間欄は、事前に当センターと打ち合わせし決定した日時をご記入下さい。

「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。

### 〈 記入上の注意 〉

- (1) 保険証番号など変更がある場合は訂正をお願いします。
- (2) 付加健診の協会けんぽ補助対象は年度年齢 40 歳 50 歳の方です。それ以外のご年齢の方も「付加健診セット」が追加可能となります。ご希望の場合は必ず○をつけてください。
- (3) 早朝健診の腹部超音波検査・乳房超音波検査は予約制となっておりますので希望される方は必ずご記入ください。
- (4) 特殊健診は、備考欄に使用している溶剤名・物質名を記入してください。
- (5) その他追加希望は備考欄にご記入ください。

受診予定者名簿に必要事項をご記入のうえ当センターにご提出ください。  
(協会けんぽより送付される健診対象者一覧の提出は不要です。)