

# 記入例

## 【定期健康診断受診予定者名簿】

定期健康診断受診予定者名簿 (追加検査を含む)

希望する検査に○をつけてください。

事業所		ご担当		事業推進課													
事業所所在地		電話番号		TEL : 0235-22-6445													
		FAX番号		FAX : 0235-25-2216													
				E-mail : kenshin@tsuruoka_med.jp													
予約日	時間	氏名/カナ	性別	生年月日	年度 年齢	健診コース			特殊健診		オプション検査				備考		
						定期 A	定期 B	定期 C	雇用 時	特定 業務	有機 物	特化 物	胃	大腸		乳	子宮
1	6/2	13:15	イシカイ タロウ 医師会 太郎	M	平成6年7月20日	27		○									
2	8/18	13:15	イシカイ ハナコ 医師会 花子	F	平成1年12月3日	32		○									子宮協会補助あり
3	5/17	13:45	イシカイ カズコ 医師会 和子	F	昭和63年6月6日	33			○								乳房超音波
4	9/21	8:20	イシカイ ジロウ 医師会 二郎	M	昭和21年9月9日	75			○		○	○					トルエン
5																	

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。

### ＜ 記入上の注意 ＞

- (1) 胃がん検診、腹部超音波検査をご希望の場合は午前中のご案内となりますので予約の際に必ずご記入ください。
- (2) 子宮がん検診をご希望の方で、協会けんぽの補助対象の方は備考欄にその旨ご記入ください。
- (3) 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
- (4) その他追加希望は備考欄にご記入ください。

## 【特定業務・特殊健康診断受診予定者名簿】

特定業務・特殊健康診断受診予定者名簿

希望する検査に○をつけてください。

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。

事業所		ご担当		事業推進課													
事業所所在地		電話番号		TEL : 0235-22-6445													
		FAX番号		FAX : 0235-25-2216													
				E-mail : kenshin@tsuruoka_med.jp													
予約日	時間	氏名/カナ	性別	生年月日	年度 年齢	健診コース			特殊健診		オプション検査				備考		
						定期 A	定期 B	定期 C	雇用 時	特定 業務	有機 物	特化 物	胃	大腸		乳	子宮
1	12/12	13:15	イシカイ タロウ 医師会 太郎	M	平成6年7月20日	27	/	/	/		○	○	/	/	/	/	トルエン クロロホルム
2	1/7	13:15	イシカイ ハナコ 医師会 花子	F	平成1年12月3日	32	/	/	/	○			/	/	/	/	
3	2/14	14:15	イシカイ ジロウ 医師会 二郎	M	昭和21年9月9日	75	/	/	/	○	○		/	/	/	/	トルエン
4							/	/	/				/	/	/	/	

### ＜ 記入上の注意 ＞

- (1) 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
- (2) 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。**