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：0235-22-6445FAX：0235-25-2216E-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　（※は補助対象者） | 特殊健診 | 備考 |
| 付加健診 | 子宮 | 乳(ﾏﾝﾓ) | 乳房超音波 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

◆乳房超音波検査をご希望の方は乳がん検診が受診必須となります。

◆特殊健診をお申し込みの際は、使用している溶剤名等を備考欄にご記入ください。