

# 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 (希望する健診コース・追加検査に○をつけてください)

事業所		ご担当		〒内地区健康管理センター 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	(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	年度 年齢	健診コース			希望する検査に○をつけてください。				備考		
						定期 A	定期 B	定期 C	時	胃	大腸 (マン)	子宮		有機 物	
6/2	13:00	イシカイ タロウ 医師会 太郎	M	平成7年7月20日	30		○								
8/18	13:00	イシカイ ハナコ 医師会 花子	F	平成4年2月3日	34		○					○			子宮協会補助あり
5/17	13:30	イシカイ カズコ 医師会 和子	F	平成11年4月5日	26			○			○				乳房超音波検査
9/21	8:20	イシカイ シロウ 医師会 二郎	M	平成9年9月3日	28			○		○	○		○		トルエン
10/17	8:20	イシカイ スムム 医師会 進	M	昭和25年5月7日	75										協会同等項目受診

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。

協会けんぽに加入されている被保険者の35～74歳の方は、生活習慣病予防健診を受診できます。  
ご希望の場合は、「生活習慣病予防健診受診予定者名簿」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 (希望する健診に必ず○をつけてください)

事業所		ご担当		〒内地区健康管理センター 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	(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	年度 年齢	特定業務		特殊健診		溶剤名	備考
						有機	特化物	有機	特化物		
12/12	13:00	イシカイ タロウ 医師会 太郎	M	平成7年7月20日	30		○	○		トルエン・クロホルム	
1/7	13:00	イシカイ ハナコ 医師会 花子	F	平成4年2月3日	34	○					
2/14	13:30	イシカイ カズコ 医師会 和子	F	平成11年4月5日	26	○	○			トルエン	

### 〈 記入上の注意 〉

- 特殊健診は、溶剤名の欄に使用している溶剤名・物質名を記入してください。  
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。