

記入例

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								
事業所所在地		保険者番号						希望する検査に○をつけてください。								
		記号						ka-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	コース	追加検査 (※は補助対象者)				特殊健診		備考		
								節目	骨粗	子宮	乳 (マンモ)	腹部超音波	有機		特化物	
5/10	6:30	1	イシカイ タロウ 医師会 太郎	M	昭和49年5月1日	52	一般	/	/	/	/	/	/	/	/	
6/21	9:20	10	イシカイ ハナコ 医師会 花子	F	昭和42年1月20日	60	一般	※○	※○	※○	※○	/	/	/	/	
10/5	9:20	32	イシカイ カズコ 医師会 和子	F	昭和63年8月3日	38	一般	/	/	※○	/	/	/	/	/	
8/1	8:20	75	イシカイ シロウ 医師会 二郎	M	昭和56年1月25日	46	一般	/	/	/	/	/	○	○	/	キシレン・トルエン
5	:	:	:	:	:	:	一般									
6	:	:	:	:	:	:	一般									
予約日・時間欄は、事前にセンターと打合せし決定した日時をご記入ください。																

- ◆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。

〈 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) 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ご記入ください。
- (3) 子宮頸がん検診につきましては、全日程の健診で予約制となります。一日の受診上限人数に限りがありますので希望される方は必ずご記入ください。
- (4) 乳房超音波検査ご希望の方は乳がん検診が受診必須となります。
- (5) 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。
- (6) その他追加希望は備考欄にご記入ください。
- (7) 追加検査欄の「※」は協会けんぽ補助対象項目です。

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。)