

【詳細コース】生活習慣病健診 申込書・受診者名簿

軽井沢町国民健康保険 軽井沢病院 健康管理部
〒389-0111 長野県北佐久郡軽井沢町大字長倉2375-1 予約専用TEL : 0267-46-8470

予約連絡後、下記太枠の中をご記入しコピーをご郵送ください。原本は企業様で保管ください。※個人情報を含むためFAXはご遠慮ください。

◆企業様情報を記入

前回実施	なし	・	あり	→	[年月]	記入日	年月日	
企業名					担当者	様	電話番号	—
住所						FAX	—	—

◆書類の送付先・請求書の送付先 ※上記の企業様情報以外の場合のみ記入

書類の送付先	企業名	担当者	様	〒	住所
請求書送付先	企業名	担当者	様	〒	住所

◆受診者名簿

病院記入	基本情報							無	オプション検査 *希望の検査番号に○を記入												
	コースNo	受診日 [曜日]	氏名	フリガナ	生年月日 (西暦)	年齢	性別		病院ID	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
便								胃内視鏡		胃X腺	感染症	尿沈渣	前立腺	子宮	乳マンモ	乳エコー	腹部エコー	眼底	眼圧	ペプシ	
	月 日 []							※1													
	月 日 []							※1													
	月 日 []							※1													
	月 日 []							※1													
	月 日 []							※1													
	月 日 []							※1													
	月 日 []							※1													
	月 日 []							※1													
	月 日 []							※1													
	月 日 []							※1													
	月 日 []							※1													
	月 日 []							※1													
	月 日 []							※1													

オプション 検査No.	[109]	②胃内視鏡検査 [34071]	③胃部X線検査 ※2 [34061]	④感染症 (HBs抗原・HB s 抗体・HCV抗体) [33064]	⑤尿沈渣 [31020]	⑥PSA (前立腺) [10070]	
	[106]	⑦子宮頸がん検査 [10150]	⑧マンモグラフィ ※2 [10030]	⑨乳腺超音波検査 [10020]	⑩腹部超音波検査 [34080]	⑪眼底検査 [30040]	
	⑫眼圧 [30030]	⑬ペプシケン [32180]	①便潜血陽性 (※1) : 基本コースに含む	※2 : 40歳以上			

※申込書・受診者名簿の郵送で申込完了となります。健康診断のご案内書類は、申込書が届いてから2~3週間後に個人宛に郵送いたします。(裏面に住所をご記入ください)

院記載欄】							申込受付日 /				
受診日決定	受診日決定連絡	/	システム登録	□登録済み	/	()	→□オーダー・受付票確認	/	()		
案内郵送	□郵送	/	()	結果報告書	□作成・郵送	/	()	請求書	□作成・郵送	/	()

◆ご案内書類は個人宛で郵送いたします。下記に受診者様全員の住所をご記入ください。