

# [企業] 日帰りドック 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 ~ 月 ] 頃	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

受診日	氏名	フリガナ	生年月日 (西暦)	年齢 年度末 年齢	性別	病院ID 診察券が ある方	胃部 検査 ※1 要選択	食事 ※2 有無	オプション検査										*希望の検査番号に○を記入						
									無	① 頸部	② 乳 エ コ ー	③ マ ン モ	④ 肺 CT	⑤ 大 腸 CT	⑥ 骨 密 度	⑦ (血) ピ ロ リ	⑧ (便) ピ ロ リ	⑨ P S A	⑩ C E A	⑪ CA 19 -9	⑫ A F P	⑬ CA 125 -3	⑭ CA 15 -3	⑮ TSA FT4	⑯ B N P
月 日 [ ]																									
月 日 [ ]																									
月 日 [ ]																									
月 日 [ ]																									
月 日 [ ]																									
月 日 [ ]																									
月 日 [ ]																									
月 日 [ ]																									

胃検査※1 A: 胃内視鏡検査 ・ B: 胃部X線検査（40歳以上の方のみ） ・ C: 胃部検査なし（料金の変更はありません） ※A~Cのどれかを選択ください

食事※2 有は「○」、無は「×」をご記入ください ★食物アレルギーあり：裏面の備考の欄にアレルギーの食物を記入ください

オプション検査 [料金(税込)]	① 頸動脈超音波 [10010]	② 乳腺超音波 [10020]	③ マンモグラフィ検査※3 [10030]	④ 肺CT [10040]	⑤ 大腸CT [10300]
	⑥ 骨密度(DXA法) [10160]	⑦ ピロリ菌(血中) [10050]	⑧ ピロリ菌(便中) [10060]	⑨ PSA [10070]	⑩ CEA [10080]
	⑪ CA19-9 [10090]	⑫ AFP [10100]	⑬ CA125 [10110]	⑭ CA-15-3 [10120]	⑮ TSH・FT4 [10140]
	⑯ BNP [10230]	⑰ 子宮頸がん検査 [10150]	⑱ 血圧脈波検査 [10170]	⑲ 喀痰検査 [10180]	※3: 40歳以上の方のみ

※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）

【病院記載欄】				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 / ( )	

◆ご案内書類及び結果報告書は個人宛て郵送いたします。下記に受診者様全員の住所をご記入ください。

氏名	郵便番号	住所	備考

◆食物アレルギーのある方は「備考」の欄に詳しい内容の記入をお願いします。