

【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	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	食事	ワッ ショ ン 検 査 *希望の検査番号に○を記入																		
							※1 要選択	有無 ※2	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 C A 125	⑭ CA 15 -3	⑮ TSA ・ FT4	⑯ B N P	⑰ 子 宮	⑱ 血 圧 脈 波
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																		
ワッ 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。（裏頁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。

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。