

# [簡易コース] 生活習慣病健康診断 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               | 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

| 基本情報     |    |      |          |    |    |                                   | オプション検査 *希望の検査番号に○を記入 |     |      |     |     |    |     |     | 病院記入 |        |
|----------|----|------|----------|----|----|-----------------------------------|-----------------------|-----|------|-----|-----|----|-----|-----|------|--------|
| 受診日 [曜日] | 氏名 | フリガナ | 生年月日(西暦) | 年齢 | 性別 | 病院ID<br><small>※無い場合は裏面記入</small> | 無                     | ①   | ②    | ③   | ④   | ⑤  | ⑥   | ⑦   | ⑧    | コースNo. |
|          |    |      |          |    |    |                                   |                       | 便潜血 | 胃内視鏡 | 胃X線 | 感染症 | 子宮 | 乳がん | 乳がん | 前立腺  |        |
| 月 日 [ ]  |    |      |          |    |    |                                   |                       |     |      |     |     |    |     |     |      |        |
| 月 日 [ ]  |    |      |          |    |    |                                   |                       |     |      |     |     |    |     |     |      |        |
| 月 日 [ ]  |    |      |          |    |    |                                   |                       |     |      |     |     |    |     |     |      |        |
| 月 日 [ ]  |    |      |          |    |    |                                   |                       |     |      |     |     |    |     |     |      |        |
| 月 日 [ ]  |    |      |          |    |    |                                   |                       |     |      |     |     |    |     |     |      |        |
| 月 日 [ ]  |    |      |          |    |    |                                   |                       |     |      |     |     |    |     |     |      |        |
| 月 日 [ ]  |    |      |          |    |    |                                   |                       |     |      |     |     |    |     |     |      |        |
| 月 日 [ ]  |    |      |          |    |    |                                   |                       |     |      |     |     |    |     |     |      |        |
| 月 日 [ ]  |    |      |          |    |    |                                   |                       |     |      |     |     |    |     |     |      |        |
| 月 日 [ ]  |    |      |          |    |    |                                   |                       |     |      |     |     |    |     |     |      |        |

|                |       |                  |                  |                        |                                  |
|----------------|-------|------------------|------------------|------------------------|----------------------------------|
| オプション<br>検査No. | [104] | ①便潜血検査 [32190]   | ②胃内視鏡検査 [34071]  | ③胃部X線検査※40歳以上 [34061]  | ④感染症 (HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体) [33064] |
|                | [105] | ⑤子宮頸がん検査 [10150] | ⑥乳腺超音波検査 [10020] | ⑦マンモグラフィ※40歳以上 [10030] | ⑧前立腺がん検査 (PSA) [10070]           |

◆XMLデータ： 不要  必要 (1件660円 1配送430円)

※ 受診後の追加はできません。

※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 <input type="checkbox"/> 登録済み / |
|---------|---------|-------|-----------|--|

