

【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 コースNo.	基本情報							オプション検査 *希望の検査番号に○を記入														
	受診日 [曜日]	氏名	フリガナ	生年月日(西暦)	年齢	性別	病院ID <small>※無い場合は裏面記入</small>	無	① 便	② 内視鏡	③ 胃X線	④ 感染症	⑤ 尿沈渣	⑥ 前立腺	⑦ 子宮	⑧ マンモ	⑨ 乳腺	⑩ 腹部	⑪ 眼底	⑫ 眼圧	⑬ ペプシン	
	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・HBs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ペプシノゲン [32180]	①便潜血陽性 (※1) : 基本コースに含む		

◆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 /
---------	---------	---------	-----------	--

