連絡票

健診ご担当者　様

(2)定期健康診断の申込みについて

枚数　５　枚（本紙含む）

平素は当健康管理センターをご利用いただき誠にありがとうございます。

こちらは、定期健康診断の予約資料になります。

内容をご確認のうえ下記の用紙をＦＡＸにてご返信ください。

健診日程確定後、当センターよりご連絡いたします。

記

（1.定期健康診断予約名簿一覧
2.事業所情報）

健診実施曜日

	月	火	水	木	金	土	日祝祭
健康診断	○	△女性のみ	○	○	○	×	×
乳がん	○	○	○	○	○	×	×
子宮がん	×	○AMのみ	×	○AMのみ	×	×	×

△毎週火曜日はレディースデイとなります（男性の方はご利用できません）

※日程確定のご連絡まで、数週間お待ち頂いている状況です。（詳細につきましては、お電話にてご確認ください。）

ご迷惑をお掛け致しますが、ご理解の程お願い申し上げます。

ｼﾞｪｲｺｰ
独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）
宮崎江南病院　健康管理センター
〒880-0933　宮崎市大坪町西六月2196-1
TEL 0985-53-8928 FAX 0985-53-8943

定期健康診断

項目		Aコース
診察	診察	○
	既往歴・業務歴	
	自覚症状・他覚症状	
身体計測	身長・体重・腹囲	○
	視力・血圧	
聴力検査	オージオメーター	○
尿中一般検査	尿蛋白定性	○
	尿潜血	
	尿糖	
	尿ウロビリノゲン	
貧血検査	白血球	○
	赤血球	
	ヘモグロビン	
	ヘマトクリット	
	血小板	
血糖検査	空腹時血糖(血糖)	○
肝機能検査	γ-GTP	○
	GPT(AST)	
	GOT(ALT)	
脂質検査	TG(中性脂肪)	○
	HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	
	LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	
循環器	心電図12誘導	○
胸部	胸部XP(デジタル)	○
金額(税抜)		7,300 円
金額(税込10%)		8,030 円

※H30年度より健診コースからの減額は行っておりませんので、あらかじめご了承ください。

労働安全衛生規則　第四十四条記載項目

定期健康診断等における診断項目の取扱い等について、健康診断を実施する場合の留意とし、
「個々の労働者ごとに医師が省略が可能と認めた場合においてのみ可能であること」
となっており、健康診断機関が適切に実施しているかについて管理が求められています。
そのため従来行っていました、Bコース、Cコースは廃止としAコースのみの実施とさせて頂きます。

※夜勤従事者等の方に必要な特定業務従事者健康診断も行っておりますので、
ご希望の方はご連絡ください。

JCHO宮崎江南病院　健康管理センター

定期健康診断申込書

事業所名	
事業所TEL	

保険者番号	記号

※協会けんぽ加入(本人）の補助対象者で子宮(単独）を希望される場合は、必ず保険情報をご記入ください。

希望日①	希望日②	希望日③	受付時間	フリガナ 氏　名	性別	旧姓 ※前回受診から変更の場合	受診歴	生年月日	保険証 番号	保険証 区分	コース	備　考
／	／	／	□AM		男・女		有・無	S・H　年　月　日		本人・扶養	Aコース・子宮（単独）	
／	／	／	□AM		男・女		有・無	S・H　年　月　日		本人・扶養	Aコース・子宮（単独）	
／	／	／	□AM		男・女		有・無	S・H　年　月　日		本人・扶養	Aコース・子宮（単独）	
／	／	／	□AM		男・女		有・無	S・H　年　月　日		本人・扶養	Aコース・子宮（単独）	
／	／	／	□AM		男・女		有・無	S・H　年　月　日		本人・扶養	Aコース・子宮（単独）	
／	／	／	□AM		男・女		有・無	S・H　年　月　日		本人・扶養	Aコース・子宮（単独）	
／	／	／	□AM		男・女		有・無	S・H　年　月　日		本人・扶養	Aコース・子宮（単独）	
／	／	／	□AM		男・女		有・無	S・H　年　月　日		本人・扶養	Aコース・子宮（単独）	
／	／	／	□AM		男・女		有・無	S・H　年　月　日		本人・扶養	Aコース・子宮（単独）	
／	／	／	□AM		男・女		有・無	S・H　年　月　日		本人・扶養	Aコース・子宮（単独）	

ご希望されるコースに○を付けてください。

【注意事項】
- 食事につきましては健診前日、PM9時以降は絶食となります。（お水・お茶は可）
- 子宮がん検査希望の方が火・木に殺到しております。子宮がん検査をせずに乳がん検査を希望の方は月・水・金にご予約お願い致します。

JCHO宮崎江南病院　健康管理センター

事 業 所 情 報

フリガナ
【事業所名】

〒
【所在地】

【ご担当者】

【ＴＥＬ】　　【ＦＡＸ】

下記、該当する項目に✓をしてください

1．健診資料（問診票等）の送付先についてお尋ね致します。

☐ 上記　☐ 上記以外（住所：　　）

2．お支払方法についてお尋ね致します。

（1）定期健診の支払方法
☐ 窓口支払　☐ 事業所へ請求

（2）協会けんぽの子宮がん(補助対象)
☐ 窓口支払　☐ 事業所へ請求

（3）その他のオプション
☐ 窓口支払　☐ 事業所へ請求

（4）上記以外の支払方法
（　　）

（5）請求書発送先（支払方法が請求の場合、✓をお願いします。）
☐ 上記　☐ 上記以外（住所：　　）

3．結果通知票についてお尋ね致します。

（1）結果通知票の送付部数
☐ １部（本人分）　☐ 2部（本人分・事業所控え）

（2）結果の送り先
☐ 上記　☐ 上記以外（住所：　　）

すべてご記入のうえＦＡＸしてください　**ＦＡＸ　0985-53-8943**