

Cドック 予約票 兼 検査票

スズキ健康保険組合
スズキ㈱人事部安全衛生課

健診機関名称 _____ 御中

Bドック受診後、半年経過しますので、Cドックを受診したく、受診希望日を連絡いたします。
日程が決まりましたら、お手数ですが被保険者宛FAXにて回答をお願いします。

受診 希望日	第一希望	年 月 日 ()	受診決定日 (健診機関記入)	年 月 日 ()
	第二希望	年 月 日 ()		
	第三希望	年 月 日 ()		
被保険者証記号番号		記号 1 番号	被保険者氏名	フリガナ
所属又は事業所			所属の連絡先	TEL:
生年月日		年 月 日		FAX:
自宅住所等		〒		TEL:
				FAX:
前回ドック受診日		年 月 日	前回受診健診機関名	

* 被保険者は太線内を記入後に健診機関にFAXしてください。健診機関は決定日を入れてFAXにて返信願います。

健 診 結 果 票						年 月 日
尿一般検査	糖	蛋白	潜血			
血液学検査	赤血球	白血球	血色素		ヘマトクリット	
	HbA1c					
生化学Ⅰ検査 (項目変更可)	GOT	GPT	γ-GTP		A/G	
	総ビリルビン	LAP	CH-E		血糖	
	T・G	T-ch	HDL-ch		non-HDL	
	BUN	UA	CRE		eGFR	
	総蛋白	LDH	ALP		AMY	
生化学Ⅱ検査 (検査方法)	CEA	PSA	CA19-9		サイトケラチン 19フラグメント	
	CLEIA・EIA・その他()	EIA・その他()	RIA・EIA・その他()		ECLIA・IRMA・その他()	
血液その他	ヘパチチス	HCV				
判定・コメント						

* 転記でなく、結果票の添付でも構いません。

* 各検査項目の右側の欄には、判定等を記入願います(また、基準値を別紙等に添付願います)。

検査判定	A: 日常生活に支障無し B: 日常生活上注意が必要 C: 経過観察が必要	D: 新規に治療が必要 E: 引き続き治療が必要 P: 精密検査が必要	実施健診 機 関 名 ㊟
------	---	---	--

予約申込み 予約結果通知 受診時 結果記載
 ※本用紙の流れ : 被保険者 ⇒ 健診機関 ⇒ 被保険者 ⇒ 健診機関 ⇒ 被保険者 (各自保管)
FAX FAX 持参 手渡し・郵送

※不明な点等ございましたら、健保組合 健康管理 担当迄ご連絡願います。

(TEL: 053-445-3850、携帯電話(ワトソン): 080-3910-5983、E-mail: s-kenpo@jasmine.ocn.ne.jp)