Ｃドック 予約票 兼 検査票

スズキ健康保険組合

健診機関名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿御中

人間ドック後半年経過しますので、Ｃドックを受診したく、受診希望日を連絡しますので、日程が決まりましたら、お手数ですが被保険者宛ＦＡＸにて回答願います。

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	ﾌﾘｶﾞﾅ
所属又は事業所				
生年月日	年　月　日		所属の連絡先	TEL： FAX：
自宅住所等	〒			TEL：
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し健診機関にＦＡＸしてください。健診機関は決定日を入れＦＡＸにて返送願います。

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		ｧ-GTP		A/G
	総ﾋﾞﾘﾙﾋﾞﾝ		TTT		ZTT		血糖
	LAP		CH-E		T・G		T-ch
	HDL-ch		BUN		UA		CRE
	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ﾌﾗｸﾞﾒﾝﾄ
	CLEIA・EIA・その他（　）		EIA・その他（　）		RIA・EIA・その他（　）		ECLIA・IRMA・その他（　）
血液その他	ﾍﾟﾌｼﾉｰｹﾞﾝ		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	D：新規に治療が必要
	B：日常生活上注意が必要	E：引き続き治療が必要
	C：経過観察が必要	P：精密検査が必要

実施健診機関名　　印

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

※不明な点等ございましたら、当健保組合 健康管理 担当迄ご連絡願います。

（TEL：053－445－3850、FAX：053－445－3860、E－mail：s－kenpo@jasmine.ocn.ne.jp）