---

---

**親 展**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 　　月 　　日

**勤務先（所属）**

**氏　名**　　　　　　　　　　　　**殿**

スズキ健康保険組合

スズキ㈱人事部安全衛生課

人間ドック後の再検査の受診状況調査について

平素は、スズキ健康保険組合の健康管理事業に関し、ご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、過日実施いただきました人間ドックの健診結果（受診日: 　年 　月 　日）において、再検査・精密検査または治療（以下、合わせて再検査という。）が必要との所見が出ておりましたので、ご自身の健康のため、自主的に再検査を受診いただきますようご案内申し上げます。

つきましては、再検査の受診状況について確認させていただきたく、下記の調査票の回答欄に記入のうえ、提出先宛に提出いただきます様お願いいたします。なお、「癌関連」･「糖代謝」･「血圧」項目に関する再検査は100％受診を目標としておりますので、受診の確認が取れるまでご案内させていただきます。

また、再検査の内容は、会社（スズキ：人事部安全衛生課、関係会社：総務責任者）の責任において、被保険者の健康管理（受診結果に基づくフォローアップなど）のために、会社とスズキ健康保険組合が共同で活用させていただきます。

人間ドック後の再検査 調査票

**１．提 出 先 ：**

**２．提出期限 ：**

**３．回 答 欄 ：既に受診し、提出期限後１週間以内に結果がでる方は、結果が出てからご返送ください。**

**尚、受診結果用紙があれば、コピーを添付してください。**

**※この調査内容と、ドックの診察時に異なった説明があった場合は、その内容を「その他」の「理由」欄にご記入願います。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 再･精密検査項目 | | 何れかに○をつけてください | | | | 受診（予定）病院名 | 結果（下記 結果記号欄 参照） | | | |
| 結果記号 | 診断名と医師からの指示等 | | |
|  | | ・受診済 | | 月 　日 | |  |  |  | | |
| ・受診予約日 | | 月 　日 | |  |
| ・その他 | | | | 理由　→ | | | | |
|  | | ・受診済 | 月 　日 | | |  |  | | |  |
| ・受診予約日 | 月 　日 | | |  |
| ・その他 | | | | 理由　→ | | | | |
|  | | ・受診済 | | | 月 　日 |  |  | |  | |
| ・受診予約日 | | | 月 　日 |  |
| ・その他 | | | | 理由　→ | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 結果  記号 | **Ａ**：異常なし・心配なし　　　　**Ｃ**：経過観察、定期検査が必要（何ヵ月か記入）  **Ｄ**:治療を開始　　　　**Ｅ**：人間ドック受診前から治療中　　　　**Ｐ**：更に精密検査が必要 | | | | | | | | | |

＊この調査票は早急に受診をお願いする方に配布しています。そこで未受診のまま、次年度の人間ドックを受診すると、この再検査が未受診となります。

＊受診の際は**人間ドックの健診結果を必ず持参し、必要な検査を受けてください。**再検査の結果は、病院等で記入いただいても結構です。(診断書の提出は不要)

＊裏面にもご案内がありますので、ご覧ください。

**返 送 先**

ホッチキス留め

---

---

---

**勤務先　　　　　　　氏名**

　行　　　　　　　**連絡先** 電話番号 外線/携帯

山折り３

送付方法

＊提出にあたっては、回答欄を内側にし、山折り線どおりに折り込み、ホッチキスで留めてください。

＊検査結果等は、この用紙の中に折り込み、ホッチキスで一緒に留めていただくか、封筒を利用しご返送願います。

＊**確認させていただくことがありますので、右上の勤務先・氏名・連絡先を記入してください。**

山折り２

山折り1

追加説明

・内容についての質問や健康に関するご相談等がございましたら、当健保組合保健師までご連絡願います。

ＴＥＬ ０５３－４４５－３８５０

ＳＢ携帯 ０８０－４６６７－９１７５(保健師直通)