

＜WEBのご利用ができない方専用＞ ニデック健康保険組合 健診予約済連絡票

医療機関へ電話で予約完了後に、本連絡票をカスタマーサービス宛にFAXしてください。後日、受診承認書を送付いたします。

■被保険者情報			
被 保 険 者 氏 名	フリガナ	保険証記号	
	男 ・ 女	保険証番号	
会 社 名		従業員番号	

■受診者情報 (受診者1人につき1枚でご記入ください) ※健保組合の被保険者・被扶養者のみ			
受 診 者 氏 名	フリガナ	続柄(○を付けて下さい)	本人 ・ 配偶者 ・ 配偶者以外
	男 ・ 女	生年月日 (西暦)	西 暦 年 月 日
住 所	〒		
日 中 の 連 絡 先	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 電話番号()		※留守番電話機能がある場合は、設定をお願いいたします
受診承認書の受取方法	<input type="checkbox"/> FAX (FAX番号)		<input type="checkbox"/> 郵送

■予約内容 (医療機関に予約後に予約内容を記入してください)			
医 療 機 関 名			
受 診 予 約 日 (西 暦)	年 月 日		
※ 太 枠 内 の 空 欄 を 全 て 埋 め て 下 さ い	健 診 の 種 類 受診予約した健診のいずれか1つに○をつけて下さい。 年齢は年度末(3月31日時点)の年齢です。	基本コース(受診コースに○をつけて下さい)	
		<input type="checkbox"/>	定期健診(全年齢の被保険者)
		<input type="checkbox"/>	家族健診(40歳以上被扶養者)
		<input type="checkbox"/>	人間ドック胃X線(全年齢の被保険者・40歳以上の被扶養者)
		<input type="checkbox"/>	人間ドック胃内視鏡 経口 (全年齢の被保険者・40歳以上の被扶養者)
		<input type="checkbox"/>	人間ドック胃内視鏡 経鼻 (全年齢の被保険者・40歳以上の被扶養者)
		オプション検査(受診する検査に○をつけて下さい)	
		▼人間ドック・定期健診・家族健診用オプション	
		<input type="checkbox"/>	マンモグラフィ
		<input type="checkbox"/>	子宮頸部細胞診
		<input type="checkbox"/>	便潜血検査 ※40歳以上は全員実施のため選択不要です。
		▼定期健診・家族健診用オプション	
		<input type="checkbox"/>	胃部X線
		<input type="checkbox"/>	胃部内視鏡(経口)
		<input type="checkbox"/>	胃部内視鏡(経鼻)
<input type="checkbox"/>	脳ドック		
<input type="checkbox"/>	腹部超音波		
<input type="checkbox"/>	腫瘍マーカー (種類を☑してください⇒ <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CA125 <input type="checkbox"/> CA15-3 <input type="checkbox"/> CA19-9 <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> セット()		
<input type="checkbox"/>	C型肝炎(HCV抗体)		
健診結果及び受診者情報の取扱いについて	健診結果を会社、健保組合および委託先会社であるバリューHRに提出することに同意します。(下記に☑をつけてください。) <input type="checkbox"/> 同意いたします (個人情報利用目的について) 健診結果および健診予約システム上で取得した情報は健康保険組合の保健事業および会社の健康経営推進を目的に活用します。なお、受診者情報および健診結果は特定保健指導の対象者判定にも活用させていただきます。指導の対象になられた方には、健康保険組合、会社または委託会社よりご案内をいたします。		
ご 服 薬 ・ 喫 煙 に つ い て ご 記 入 く だ さ い 。	※特定健康診査を兼ねています。下記問診について該当に☑をつけてください。		
	<input type="checkbox"/>	1. 血圧を下げる薬を飲んでいませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/>	2. 血糖を下げる薬またはインスリン注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/>	3. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/>	4. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	<input type="checkbox"/> ①はい(条件1と条件2を両方満たす)
	<input type="checkbox"/>	(※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。)	<input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす)
<input type="checkbox"/>	条件1: 最近1か月間吸っている	(条件2のみ満たす)	
<input type="checkbox"/>	条件2: 生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)☐	<input type="checkbox"/> ③いいえ(①②以外)	

■注意 受診当日は次のものを持参してください。
 ①保険証またはマイナ保険証
 ②医療機関から送付された検査容器・問診票等