

発行依頼書

医療法人社団 俊秀会
 エヌ・ケイ・クリニック 行
 TEL 03-3620-2034
 FAX 03-3620-2446

※FAX番号のお間違えにご注意ください。

依頼日 年 月 日

健診種別	<input type="checkbox"/> 会社健診	<input type="checkbox"/> ドック健診	<input type="checkbox"/> 扶養者健診	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 事業所名 <small>※会社健診の方のみ</small>			

◆ 会社の健診を受診した方は、身分証明の為に『健診担当者』または『上司』のご記入が必要となります。

⇒ 2ページ目の『確認書』へご記入頂き、必ずこの発行依頼書と一緒にFAXをして下さい。

※「会社健診」にチェックがあるにもかかわらず、『確認書』が添付されていないものは、依頼を受理できませんのでご注意ください。

◆ 連絡先は、連絡が取れる電話番号をご記入下さい。

対象者 (受診者)	氏名	(フリガナ)			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	連絡先 電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 会社			
対象とする受診日	<input type="checkbox"/> 直近の受診日のもの(年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(年 月 分/ 過去 回分) <small>※ データ保管期限:5年</small>				
内容 ※該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> を付けて 下さい。	書類 (各¥1,100-)	<input type="checkbox"/> 健康診断結果個人票(再発行) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介状) <small>*病院名の指定がある場合はご記入ください。</small> ()			
		画像等 (各¥1,100-)	<input type="checkbox"/> レントゲン (頭部 / 胸部 / 胃部 / マンモグラフィ)		<input type="checkbox"/> 頭部 MRI/MRA
		<input type="checkbox"/> CT (頭部 / 胸部 / 腹部)		<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡	
		<input type="checkbox"/> 超音波 (胸部 / 腹部 / 乳腺 / 頸動脈)		<input type="checkbox"/> 眼底	
【ご請求先】 <input type="checkbox"/> 受診者様 <input type="checkbox"/> 事業者様	その他				
使用目的	<input type="checkbox"/> ご本人の保管用 <input type="checkbox"/> 医療機関へ受診の為 <input type="checkbox"/> 生命保険等手続申請の為 <input type="checkbox"/> その他()				
受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送希望(レターパックにて送付:郵送料¥370-) <input type="checkbox"/> 直接受け取り希望(受取希望日: 年 月 日)				
	郵送先 住所	(〒 -)			
	受取者 氏名	電話番号		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 会社	

※ ご提供いただいた個人情報は、本手続処理以外では使用いたしません。

※ 受け取り希望され、依頼日より1ヵ月経過してもお受け取りがない場合、また、郵送をご希望され、お受け取りがなく当クリニックに返送された場合は、個人情報保護の観点から廃棄させていただきます。

◆ 直接受け取り希望の場合:エヌケイクリニック事務センターでのお渡しとなります。

〒120-0005 東京都足立区綾瀬3-16-4 どうしんビル6階 TEL:03-3620-2034

※目印:1F 江東信用組合のビルの6階です。

*こちらは当院記入欄です。

準備	確認・送付	受け渡し
/	/	/
印	印	印

確 認 書

[会社の健診を受診した方だけの必要用紙となります。]

平素は、当施設の健康診断をご利用いただき、誠にありがとうございます。
この度の健診は、会社健診(健診費用を事業所が、全額または一部をご負担されている健診)として実施しております。
会社健診に関する情報提供をする上で、本人確認が必要です。
受診者様が貴社在籍である旨の確認をお願い致します。

健診実施日	年	月	日
対象者 (受診者)	氏名		

上記の者は、健診実施日に当社に在籍し、健診を受診したことに相違ありません。

(上記□に✓チェックをしてください。)

◆ 太枠内、受診者の『健診担当者』様または『上司』の方、ご記入下さい。		確認日	年	月	日
事業所名					
担当者氏名 または 上司氏名	(フリガナ)	電話番号	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 会社 内線(番)		
	印				

※ ご提供いただいた会社情報は、本手続処理以外では使用いたしません。

医療法人社団 俊秀会
エヌ・ケイ・クリニック

[受診者様へお願い]

この『確認書』は、1ページ目の『発行依頼書』と共に、必ず当施設へFAXをして頂きますよう、よろしくお願い致します。
FAX番号は下記をご参照下さい。

医療法人社団 俊秀会 エヌ・ケイ・クリニック 行
TEL: 03-3620-2034
FAX: 03-3620-2446

※FAX番号のお間違えにご注意ください。

* こちらは当院記入欄です。

確認
/
印