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	☐ 会社健診　☐ ドック健診　☐ 扶養者健診　☐ その他（　　）
事業所名 ※ 会社健診の方のみ	

◆ 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	☐ 大正　☐ 昭和　☐平成 ☐ 西暦 年　　月　　日	性 別	☐ 男　☐ 女
	連絡先電話番号	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 会社		
対象とする受診日	☐ 直近の受診日のもの（　　年　　月　　日）　☐ その他（　　年　　月 分/ 過去　　回分 ） ※ データ保管期限:5年			
内 容 ※該当項目に☑を付けて下さい。	書類（各¥1,100～¥3,300-）	☐健康診断結果個人票（再発行） ☐診療情報提供書（紹介状） *病院名の指定がある場合はご記入ください。 （　　）		
	画像 等（各¥1,100-） ※( )内は○を付けて下さい。	☐ レントゲン（ 頭部 / 胸部 / 胃部 / マンモグラフィ ）	☐ 頭部 MRI/MRA	
		☐ CT　（ 頭部 / 胸部 / 腹部 ）	☐ 胃部内視鏡	
		☐ 超音波　（ 胸部 / 腹部 / 乳腺 / 頚動脈 ）	☐ 眼底	
【ご請求先】 ☐ 受診者様 ☐ 事業者様		☐ 心電図		
	その他			
使用目的	☐ ご本人の保管用　☐ 医療機関へ受診の為　☐ 生命保険等手続申請の為 ☐ その他（　　）			
受取方法	☐ 郵送希望（レターパックにて送付:郵送料¥430-）　☐ 直接受け取り希望（受取希望日:　月　日）			
	郵送先住 所	（〒　　-　　）		
	受取者氏 名		電話番号	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 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頂きます。

◆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 とうしんビル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