

健保様用

見積書をご希望される場合は、下記の太枠の中をご記入いただきご送付ください。
ご送付前に、必ず健康管理部健診担当者へご連絡ください。

記入例

見積り依頼書

◆健保様・企業様情報、見積書送付方法など記入

前回実施	なし・ あり →	[2022 年 5 月 頃]	依頼日	2023 年 4 月 3 日
健保名	軽井沢健康保険組合		担当者様	健診 太郎
住所	軽井沢町大字長倉2375-1			
電話番号	0267 - 45 - 〇〇〇〇	FAX	0267 - 44 - 〇〇〇〇	
企業名	軽井沢病院	担当者様	健診 花子	
住所	軽井沢町大字長倉2375-1			
電話番号	0267 - 45 - 5111	FAX	0267 - 44 - 3835	
送付方法	[<input type="radio"/>] 郵送	[<input type="checkbox"/>] 窓口受取	送付先	<input checked="" type="radio"/> 健保様 <input type="checkbox"/> 企業様
作成期日	2023 年 4 月 21 日 まで ※見積書作成はご依頼から2週間程度かかります。			

◆見積りの必要な健診コースを選択 ※生活習慣病健康診断コースの場合はオプションの選択

健診コース	検査項目												
<input type="checkbox"/> 雇入時健診	身長、体重、腹囲、血圧、既往歴・現病歴の調査、業務歴の調査、自覚症状および他覚症状の有無、視力、聴力(オーディオ法)、胸部X線検査、血液検査(貧血[赤血球・血色素量]、肝機能[GOT・GPT・γ-GTP]、脂質[HDLコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪]、糖代謝[空腹時血糖])、尿検査(蛋白・糖)、心電図検査												
<input type="radio"/> 法定健診Ⅰ 34歳以下 36～39歳	身長、体重、血圧、既往歴・現病歴の調査、自覚症状および他覚症状の有無、視力、聴力(会話法)、胸部X線検査、血液検査(血算[白血球・赤血球・血色素量・血小板・ヘマトクリット]、肝機能[GOT・GPT・γ-GTP]、脂質[HDLコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪]、糖代謝[空腹時血糖])、尿検査(蛋白・糖・潜血)												
<input type="radio"/> 法定健診Ⅱ 35・40・ 45歳以上	身長、体重、腹囲、血圧、既往歴・現病歴の調査、自覚症状および他覚症状の有無、視力、聴力(オーディオ法)、胸部X線検査、血液検査(血算[白血球・赤血球・血色素量・血小板・ヘマトクリット]、肝機能[GOT・GPT・γ-GTP]、脂質[HDLコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪]、糖代謝[空腹時血糖])、尿検査(蛋白・糖・潜血)、心電図検査												
<input type="radio"/> 法定健診Ⅲ 41～44歳	身長、体重、腹囲、血圧、既往歴・現病歴の調査、自覚症状および他覚症状の有無、視力、聴力(会話法)、胸部X線検査、血液検査(血算[白血球・赤血球・血色素量・血小板・ヘマトクリット]、肝機能[GOT・GPT・γ-GTP]、脂質[HDLコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪]、糖代謝[空腹時血糖])、尿検査(蛋白・糖・潜血)、心電図検査												
<input type="checkbox"/> 生活習慣病「簡易」 オプション <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	身長、体重、腹囲、血圧、既往歴・現病歴の調査、自覚症状および他覚症状の有無、視力、聴力(オーディオ法)、胸部X線検査、血液検査(血算[白血球・赤血球・血色素量・血小板・ヘマトクリット・MCV・MCH・MCHC・血清鉄]、肝機能[GOT・GPT・γ-GTP]、脂質[総コレステロール・HDLコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪]、糖代謝[空腹時血糖・ヘモグロビンA1c]、腎機能[クレアチニン・e-GFR]、尿酸)、尿検査(蛋白・糖・潜血・ウロビリノーゲン)、心電図検査 ※オプション検査希望ありの場合は、希望の検査の[]に○を記入 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>[<input type="checkbox"/>] 便潜血検査</td> <td>[<input type="checkbox"/>] PSA</td> <td>[<input type="checkbox"/>] HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体</td> </tr> <tr> <td>[<input type="checkbox"/>] 胃内視鏡検査</td> <td>[<input type="checkbox"/>] 胃部X線検査(40歳以上の方のみ)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>[<input type="checkbox"/>] 子宮頸がん検査</td> <td>[<input type="checkbox"/>] 乳腺超音波検査</td> <td>[<input type="checkbox"/>] マンモグラフィ(40歳以上の方のみ)</td> </tr> </table>	[<input type="checkbox"/>] 便潜血検査	[<input type="checkbox"/>] PSA	[<input type="checkbox"/>] HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体	[<input type="checkbox"/>] 胃内視鏡検査	[<input type="checkbox"/>] 胃部X線検査(40歳以上の方のみ)		[<input type="checkbox"/>] 子宮頸がん検査	[<input type="checkbox"/>] 乳腺超音波検査	[<input type="checkbox"/>] マンモグラフィ(40歳以上の方のみ)			
[<input type="checkbox"/>] 便潜血検査	[<input type="checkbox"/>] PSA	[<input type="checkbox"/>] HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体											
[<input type="checkbox"/>] 胃内視鏡検査	[<input type="checkbox"/>] 胃部X線検査(40歳以上の方のみ)												
[<input type="checkbox"/>] 子宮頸がん検査	[<input type="checkbox"/>] 乳腺超音波検査	[<input type="checkbox"/>] マンモグラフィ(40歳以上の方のみ)											
<input type="radio"/> 生活習慣病「詳細」 オプション <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	身長、体重、腹囲、血圧、既往歴・現病歴の調査、自覚症状および他覚症状の有無、視力、聴力(オーディオ法)、胸部X線検査、血液検査(血算[白血球・赤血球・血色素量・血小板・ヘマトクリット・MCV・MCH・MCHC・血清鉄]、肝機能[GOT・GPT・γ-GTP]、脂質[総コレステロール・HDLコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪]、糖代謝[空腹時血糖・ヘモグロビンA1c]、腎機能[クレアチニン・e-GFR]、尿酸、その他[総蛋白・アルブミン・総ビリルビン・アミラーゼ・ALP・LDH])、尿検査(蛋白・糖・潜血・ウロビリノーゲン)、心電図検査、便潜血検査 ※オプション検査希望ありの場合は、希望の検査の[]に○を記入 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>[<input type="checkbox"/>] 尿沈渣</td> <td>[<input type="checkbox"/>] PSA</td> <td>[<input type="checkbox"/>] HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体</td> </tr> <tr> <td>[<input checked="" type="checkbox"/>] 胃内視鏡検査</td> <td>[<input type="checkbox"/>] 胃部X線検査(40歳以上の方のみ)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>[<input checked="" type="checkbox"/>] 子宮頸がん検査</td> <td>[<input checked="" type="checkbox"/>] 乳腺超音波検査</td> <td>[<input checked="" type="checkbox"/>] マンモグラフィ(40歳以上の方のみ)</td> </tr> <tr> <td>[<input type="checkbox"/>] ペプシゲン検査</td> <td>[<input type="checkbox"/>] 腹部超音波検査</td> <td>[<input type="checkbox"/>] 眼圧 [<input type="checkbox"/>] 眼底検査</td> </tr> </table>	[<input type="checkbox"/>] 尿沈渣	[<input type="checkbox"/>] PSA	[<input type="checkbox"/>] HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体	[<input checked="" type="checkbox"/>] 胃内視鏡検査	[<input type="checkbox"/>] 胃部X線検査(40歳以上の方のみ)		[<input checked="" type="checkbox"/>] 子宮頸がん検査	[<input checked="" type="checkbox"/>] 乳腺超音波検査	[<input checked="" type="checkbox"/>] マンモグラフィ(40歳以上の方のみ)	[<input type="checkbox"/>] ペプシゲン検査	[<input type="checkbox"/>] 腹部超音波検査	[<input type="checkbox"/>] 眼圧 [<input type="checkbox"/>] 眼底検査
[<input type="checkbox"/>] 尿沈渣	[<input type="checkbox"/>] PSA	[<input type="checkbox"/>] HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体											
[<input checked="" type="checkbox"/>] 胃内視鏡検査	[<input type="checkbox"/>] 胃部X線検査(40歳以上の方のみ)												
[<input checked="" type="checkbox"/>] 子宮頸がん検査	[<input checked="" type="checkbox"/>] 乳腺超音波検査	[<input checked="" type="checkbox"/>] マンモグラフィ(40歳以上の方のみ)											
[<input type="checkbox"/>] ペプシゲン検査	[<input type="checkbox"/>] 腹部超音波検査	[<input type="checkbox"/>] 眼圧 [<input type="checkbox"/>] 眼底検査											
<input type="checkbox"/> 深夜健診	身長、体重、腹囲(35・40歳以上)、血圧、既往歴・現病歴の調査、自覚症状および他覚症状の有無、視力、聴力(会話法)												
<input type="radio"/> 日帰りドック	※検査項目・オプション検査項目はホームページ「人間ドックをご希望の場合」を参照												
<input type="radio"/> 日帰り+脳ドック	※検査項目・オプション検査項目はホームページ「人間ドックをご希望の場合」を参照												

軽井沢町国民健康保険 軽井沢病院 健康管理部

〒389-0111 長野県北佐久郡軽井沢町大字長倉2375-1 (FAX:0267-44-3835)

予約専用TEL:0267-46-8470(直通) お問い合わせTEL:0267-45-5111(代表)

※月～金(祝祭日を除く) 14時から16時まで

[病院記載欄]

見積書	<input type="checkbox"/> 作成 / ()・ <input type="checkbox"/> 確認 / () / ()
お渡し日	/ () 方法 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口受取