

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。

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 → [年 月 頃]	依頼日	年 月 日
健保名		担当者様	
住所			
電話番号	— —	FAX	— —
企業名		担当者様	
住所			
電話番号	— —	FAX	— —
送付方法	[] 郵送	[] 窓口受取	送付先 [] 健保様 [] 企業様
作成期日	年 月 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
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
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)
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
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
生活習慣病「簡易」	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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※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 <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歳以上のみ)
生活習慣病「詳細」	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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※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 <input type="checkbox"/> 尿沈渣 <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歳以上のみ) <input type="checkbox"/> ヘパソゲン検査 <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 <input type="checkbox"/> 眼圧 <input type="checkbox"/> 眼底検査
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)
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
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