

精密検診依頼書（一般）

年 月 日

担当医様
事務担当者様

平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

職員の健康診断を実施した結果、次の職員に係る精密検診が必要になりましたので、異常所見の診断に必要な精密検診の実施について、ご協力をお願いいたします。

検査にあたり、北海道が検査費用を負担するものは下表のとおりです。道が費用負担しない検査が必要な場合は、職員へ説明の上、実施くださいますようお願いいたします。

1 北海道が検査費用を負担するもの

| 検査項目 | 検査内容 | 負担区分 |
|---------|--|------|
| 心電図 | 負荷心電図検査、心エコー検査、胸部エックス線直接撮影(単純)、ホルター心電図検査 | 道費 |
| 血圧 | 血液生化学検査(血圧関係)、眼底検査、胸部エックス線直接撮影、心電図検査及び心エコー検査 ※血液生化学検査(血圧関係)等を実施したときは、検査結果(コピー可)を受診票に添付してください。 | 道費 |
| 聴力 | 標準純音聴力検査※チンパノメトリーは道費負担対象外です。 | 道費 |
| 尿(蛋白定性) | 血液生化学検査(腎機能関係)、尿の理化学検査(腎機能関係) | 道費 |
| 尿(糖定性) | 空腹時血糖検査、ヘモグロビンA1c、75gブドウ糖負荷試験 | 道費 |

2 精密検診受診票及び請求書の取扱い

精密検診受診票には検診結果をご記入頂き、道費負担分の請求書と併せて、職員へお渡し頂くか職員の所属へお送りください。

また、職員負担となる検査費用については、本人へ請求してください。

記

異常所見があり、精密検診（一般）に該当する職員

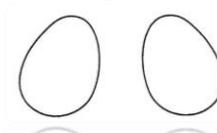
氏名 _____ 性別 _____ 生年月日 _____

(当該年度4月1日現在)

| | | | | | |
|----------|----------|------|------|----|-------|
| 職員番号 | 氏名(フリガナ) | 身分区分 | 処理区分 | 秘 | 整理番号 |
| 第一次健診受診日 | 号車 | 性別 | 生年月日 | 年齢 | 所属コード |

(当該年度4月1日現在)

検査項目(方法)と検査結果(数値)並びに所見を記入してください。(該当するところは○で囲む)

| 検査項目 | 第一次健康診断異常所見 | | | | 担当医記入欄 | | | |
|------|-----------------|------|-----------------|------|------------------------|---|---|------------------|
| | 検査項目 | | 検査結果(数値)と所見(病名) | | 判定(コメント) | | | |
| 心電図 | | | | | 精検実施日 | | 1 要治療(入院 月、通院 月) | |
| | | | | | | | 2 要観察(月後) | |
| No. | | | | | | | 3 異常なし 4 治療中 | |
| 血圧 | 最大 | 最小 | 最大 | 最小 | 精検実施日 | | 1 要治療(入院 月、通院 月) | |
| | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg | | | 2 要観察(月後) | |
| | | | | | | | 3 異常なし 4 治療中 | |
| 聴力 | | 左 | 右 | | 左 | 右 | 鼓膜所見  | 1 要治療(入院 月、通院 月) |
| | 1000 Hz | | | Hz | | | | 2 要観察(月後) |
| | | | | | | | | 3 異常なし |
| | 4000 Hz | | | Hz | | | | 4 治療中 |
| | | | | | ※オージオグラムのコピーを添付してください。 | | | |
| 尿 | 蛋白 | | 蛋白 | 数値 | 精検実施日 | | 1 要治療 | |
| | 糖 | | 糖 | 値 | | | 2 要観察(月後) | |
| | ※参考値HbA1c(NGSP) | | 糖 | | | | 3 異常なし 4 治療中 | |

診断年月日

年 月 日

医療機関名

医師名

印