

精密健診依頼書（便潜血）

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
便潜血	ファイバースコープによる大腸内視鏡検査（生検含む） ※ポリペクトミーを実施したときは、文書料以外の費用は全額職員が負担することとなっておりますので、職員本人へ請求してください。	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（便潜血）に該当する職員

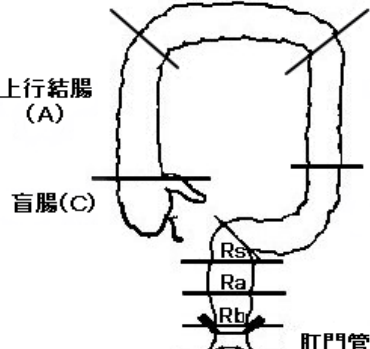
氏名 性別 生年月日 歳

（当該年度4月1日現在）

精密検診受診票
（便潜血）

		身体区分		処理区分		整理番号	
職員番号	氏名	性別	生年月日	年齢	所属コード	所属名	
		第一次健診受診日		号車		第一次健診結果	

検査方法と検査結果ならびに所見を記入してください。（該当するところは○で囲む）

精検実施日			
精検方法	1 注腸Ba検査 2 S状結腸内視鏡検査 3 全大腸内視鏡検査 4 生検 5 その他（ ）		
精検結果（病名）	<div>病変部位</div> <div>病変部領域を○で囲んで下さい。 なお、2領域以上にわたる際は主たるところを◎で記入下さい。</div> <div></div> <div>1 Ca 肉眼型（ ） 2 Ca疑い 3 polyp 長径 mm 4 憩室 5 その他（ ）</div>		
判定 (コメント)	1 要治療 治療内容（手術、ポリペクトミー、内科的治療、その他（ ）） 要入院 カ月 要通院 カ月 2 要観察（ カ月後再検査） 3 異常なし 4 治療中		
その他			

診断年月日	年 月 日	医療機関名
		医師名

※ 受診者記入欄	
検診結果は、1次健診実施機関でのがん検診の検査精度の検証のため、当該機関に提供する場合があります。この情報提供に同意しがたい場合は、右側の欄にチェックを入れてください。チェックがないものについては、同意したものとして取り扱います。	同意しません。 <input type="checkbox"/>