

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		判定（コメント）	
	検査項目		検査結果（数値）と所見（病名）		判定（コメント）		判定（コメント）			
心電図							精検実施日		1 要治療（入院 カ月、通院 カ月） 2 要観察（ カ月後） 3 異常なし 4 治療中	
No.										
血圧	最大	最小	最大	最小	精検実施日		1 要治療（入院 カ月、通院 カ月） 2 要観察（ カ月後） 3 異常なし 4 治療中			
	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg						
聴力		左	右		左	右	精検実施日		鼓膜所見 1 要治療（入院 カ月、通院 カ月） 2 要観察（ カ月後） （聴力低下/年齢的变化による・よらない） 3 異常なし 4 治療中	
	1000 Hz				Hz	dB	dB			
	4000 Hz				Hz	dB	dB			
	※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 2 要観察（ カ月後） 3 異常なし 4 治療中			
	糖		糖	値						
	※参考値HbA1c（NGSP）		糖							

医療機関名

医師名

印

診断年月日

年

月

日