別記第１２－３号様式

精 密 検 診 依 頼 書（胸部・胃部）

令和　　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
胸　　部	胸部エックス線直接撮影、かくたん検査、 ＣＴ（コンピューテッド　トモグラフィ）検査	道費
胃　　部	胃部エックス線直接撮影（透視及び写真撮影） 胃ファイバースコープ（生検及びヘリコバクター・ピロリ感染症に係る検査を含む）	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（胸部・胃部）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）

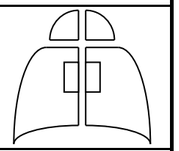
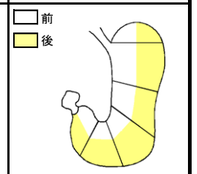
精密検診受診票（胸部・胃部）

身分区分	処理区分	秘	整理番号

職　員　番　号	氏　　名（フリガナ）	性別	生　年　月　日	年齢	所属コード	所　　属　　名

（当該年度４月１日現在）

検査方法と検査結果（病名）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 精検実施日	検査方法	検査結果（病名）	判定（コメント）
胸部	受診日					1　要　治　療　（入院　ヵ月 / 通院　ヵ月）
	号　車					2　要　観　察　（(1)　ヶ月後 / (2)次回定期健診へ）
	ﾌｨﾙﾑNo.					3　異　常　な　し
	Ｘ－Ｐ					4　治　療　中
	判定結果					
	所　見					
胃部	受診日					1　要　治　療　（入院　ヵ月 / 通院　ヵ月）
	号　車					2　要　観　察　（(1)　ヶ月後 / (2)次回定期健診へ）
	ﾌｨﾙﾑNo.					3　異　常　な　し
	Ｘ－Ｐ					4　治　療　中
	判定結果					
	所　見					

診断年月日　　平成　　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。