

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（コンピュータードトモグラフィ）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）

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 カ月〕 通院 カ月〕 2 要 観 察 〔(1) ヶ月後〕 〔(2)次回定期健診へ〕 3 異 常 な し 4 治 療 中
	号 車				
	フィルムNo.				
	X-P				
	判定結果				
胃 部	所 見				1 要 治 療 〔入院 カ月〕 通院 カ月〕 2 要 観 察 〔(1) ヶ月後〕 〔(2)次回定期健診へ〕 3 異 常 な し 4 治 療 中
	受 診 日				
	号 車				
	フィルムNo.				
	X-P	<div><input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後</div>			
部	判定結果				3 異 常 な し 4 治 療 中
	所 見				

医療機関名

診断年月日 平成 年 月 日

医 師 名

印

※ 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、同意したものと取り扱います。

同意しません。