

管理健康診断依頼書

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。

道では、前年度の職員健康診断の結果、胃部又は胸部に異常所見があった職員に対して、翌年度、管理健康診断（精密検査相当）を実施することとしております。前年度の異常所見に係る診断に必要な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（コンピュータド トモグラフィ）検査 ※胸部エックス線直接撮影は必ず実施してください。	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（生検を含む）	道費

2 管理健康診断受診票及び請求書の取扱い

管理健康診断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

前年度の健康診断で異常所見があり、管理健康診断を要する職員

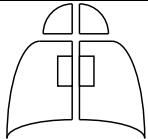
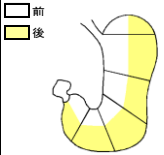
氏 名 性 別 生年月日 歳

（当該年度4月1日現在）

管理健康診断受診票

身分区分		地理区分		秘	整理番号	
職員番号	氏 名	性別	生年月日		年齢	所属コード
		男				

検査方法と所見を記入してください。

項目	前年度健診結果		担 当 医 記 入 欄			
			健診実施日	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 〔要入院 カ月〕 〔要通院 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					
	所 見					
精密健診	受診日					1 要 治 療 〔要入院 カ月〕 〔要通院 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
	判定結果					
	所 見					
	受診日					
	判定結果					
	所 見					
胃部	受診日					1 要 治 療 〔要入院 カ月〕 〔要通院 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					
	所 見					
精密健診	受診日					1 要 治 療 〔要入院 カ月〕 〔要通院 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
	判定結果					
	所 見					
	受診日					
	判定結果					
	所 見					

診断年月日

年 月 日

医 師 名

印