

令和6年度 健康診断申込書



公益財団法人

栃木県保健衛生事業団

理事長 渡邊 慶様

団体名

代表者名

印

〒

所在地

TEL()

-

FAX()

-

担当者名

(所属:

)

Eメール

@

加入健保名

次のとおり健康診断を申し込みます。

区 分	項 目	予定人数	日 時		場 所 会場の名称・所在地を 記入してください。
			第1希望	第2希望	
一般 健康診断	全 項 目				
	省 略 項 目				
	協 会 け ん ぽ 項 目				
がん検診	胃 がん 検 診				
	胃 がん ハイリスク検 診				
	大 腸 がん 検 診				
	肺 がん 検 診				
	子 宮 頸 がん 検 診				
	乳 がん 検 診				
循環器検診	血 圧 ・ 尿 検 査 ・ 心 電 図 検 査				
	心 電 図 検 査				
	眼 底 検 査				
追加項目	法 定 血 液				
	貧 血 検 査				
特殊 特定業務	特 殊 健 康 診 断	あり・なし			
	特 定 業 務 従 事 者 健 康 診 断	あり・なし			
結核検診	胸 部 X 線 デジタル撮影				
コメント					
事業所控え 結果書について	<p>○法定健診(安衛法第66条1項及び安衛則43・44・45条に基づく健診)以外の健診・検査項目(がん検診など)の取扱いについて 法定健診以外の健診・検査項目に関する結果情報の取扱いについては、受診者本人の同意を得る必要があります。 受診者の同意を得ていますので、法定健診以外の健診・検査項目の結果通知を</p> <p style="text-align: center;"><u>1. 希望します</u> <u>2. 希望しません</u></p> <p>*上記のいずれかに○をつけてください。(未記入の場合は、「2.希望しません」にて処理いたします。)</p>				

※上記以外の検査項目及び日時の条件等がある場合には、「コメント」の欄に御記入ください。

※高齢者の医療の確保に関する法律及び関連法令に基づく事業者の義務を代行し、健康診断結果について、受診者が加入されている医療保険者(健康保険組合等)に提出させていただく場合があります。

ストレスチェック申込書

公益財団法人栃木県保健衛生事業団 理事長 様

会社・団体名					
代表者名		⑩			
所在地		〒 -			
連絡先	TEL	() -	FAX	() -	
	担当部署				
	担当者名			Eメール	

次のとおりストレスチェック（SC）の実施を申し込みます。

記入上のお願い

- ・ 該当箇所を○で囲むか、必要事項をご記入ください。
- ・ 現在のところ、チェックは「紙方式」だけの対応となります。
- ・ 実施にあたりましては、社員情報の事前提供（デジタルデータ）が必要となります。

SCコース・予定人数	Aコース ・ Bコース	名
調査希望時期	第1希望： 年 月	第2希望： 年 月
実施スタイル	健康診断と同時に実施	健康診断とは別に実施

↓ 提供希望（該当箇所に○）

オプション	面談	フォローアップ面談		
	集団分析評価 (集計表・報告書)	簡易版		
		標準版		
		標準版+解説		
		部署別調査結果書		部署
	結果説明	衛生委員会		
		管理者向け説明会等		
	研修	職場改善セミナー		

【ご要望や不明な点がございましたら、お手数ですが下欄にご記入ください。】