

令和4年度健診結果提供書

私は、八街市に健診結果を提供し、その結果をもって八街市特定健診の受診とみなすことに同意します。
また、データ化委託業者（一社）千葉衛生福祉協会千葉診療所へ健診結果を提供することにも同意します。

記入日	令和 年 月 日
フリガナ	
氏名	
住所	(〒 -)
八街市国民健康保険 被保険者番号	記号 - 番号 - 枝番 56 - -
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
電話番号	(日中連絡のとれる電話番号)
健診実施日	健診の受診日をご記入ください。(令和4年4月1日~令和5年3月31日に実施した健診が対象です。) 令和 年 月 日
健診実施機関	健診(検査)を受けた医療機関名をご記入ください。
希望の品	健診結果を提供いただいたお礼として、以下のものをお渡しいたします。 希望する品にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> ポケットティッシュ10個 <input type="checkbox"/> ウェットティッシュ(ポケットサイズ10枚入り)5個とポケットティッシュ5個 <input type="checkbox"/> 必要なし

※【職員記入欄】

資格	特定健診受診歴	国保番号	受診券番号	住民コード	受付者
メタボリックシンドロームの判定 <input type="checkbox"/> 基準該当 <input type="checkbox"/> 予備群 <input type="checkbox"/> 非該当			保健指導レベル <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 動機付け <input type="checkbox"/> なし		