

広島共立病院 健診センター
広島市安佐南区中須2丁目20-20
【電話】 082-879-1223
【FAX】 082-879-6891

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。
平素より広島共立病院健診センターをご利用いただきありがとうございます。

2023年度の全国健康保険協会生活習慣病予防健診のお申し込み時期がまいりました。
例年通り、2023年度の予約もFAXにてお申し込みをお受けいたします。

FAXの受付は随時行っています。
日程の決定については3月以降準備が整いましたらFAXにて差し上げます。
FAXをいただいた順での日程の決定になりますので記入漏れ等のないよう、
お申し込みをお願いいたします。

対象は、協会けんぽの被保険者（ご本人）で、
2023年度35歳から74歳の方。（年度末年齢）
年度中に75歳になる方は、誕生日前日までに受診が必要です。
協会けんぽの補助が受けられるのは、年度内1回限りです。

検査実施曜日（希望日を記入の際ご注意ください）

乳腺エコー	水・木・金・土（※）
子宮がん検診	月（※）・火（※）・水・木・金・土（※）
眼圧	月（※）火（※）・木（※）

（※）午前中のみ

- ・上記以外の検査は毎日実施しております。（胃検査・腹部エコーは午前中のみ）
- ・胃の検査にバリウム、オプションに腹部エコーをご希望の方は
4～5月が比較のご予約が取りやすいです。

全国健康保険協会生活習慣病予防健診お申し込み事業所様

お送りしたものは…

- ・本状
- ・広島共立病院事業所健診申込票①
- ・生活習慣病予防健診個人申込書②
- ・生活習慣病予防健診個人申込書「記入例」③
- ・委任状の取り扱いについての変更
- ・別紙①
- ・別紙②

の7枚です。ご確認ください

全国健康保険協会生活習慣病予防健診予約要領

(広島共立病院健診センターでお受けいただく場合の要領です)

1) 事業所様にて広島共立病院健診センターで受診される方にとりまとめをお願いします。

2) 広島共立病院あてファックスにてお申し込みください。

次の3点を送信してください。…記入方法は本状および「記入例」をご参照ください。

・「**広島共立病院 事業所健診申込票①**」

・「**広島共立病院 生活習慣病健診申込書②**」

→令和4年度のご受診リストをもとに記載しています。

訂正・追加をご記入の上、送信してください。(記入例がありますので、ご参照ください。)

退職された方など、御社にお勤めでない方が記載されていた場合は二重線で訂正し、「退職」とご記入ください。

・「**委任状の取り扱いについての変更**」

3) 受診日が確定しましたら当健診センターよりファックスにてご連絡します。

※お申し込みをいただいた順番にご予約をおとりしますが、ファックスの返信までに1週間程度かかる場合がございますのでご了承ください。尚、お申し込みから1週間を経過しても受診日決定のファックスが届かないようであればご連絡ください。

4) 当健診センターより予約確認書・委任状(ご希望の会社様のみ)をお送りいたします。
内容の確認をお願いいたします。

5) 受診日が近づきましたら当健診センターより問診票などをお送りいたします。

広島共立病院 健診センター

健診実施日…月～金 および 第1・3・5土曜日 のいずれも午前中

【TEL】 082-879-1223 【FAX】 082-879-6891

【月～金 8:30～17:00】
【土 8:30～12:30】 (終日受信可能)

2023年度 広島共立病院 事業所健診申込票 ①

生活習慣病健診申込書②と一緒にFAXしてください

フリガナ		企業コード	
事業所名		ご担当者様	
ご担当者様連絡先	TEL :	FAX :	

※日程はご担当者様にFAXにてお送りします

送信枚数{本状を含めて} _____ 枚

(A) 住 所	〒		
電話番号		FAX	

(A)住所と異なる住所へ郵送を希望する書類がある場合、ご記入ください。

「下記書類は(B)住所への郵送を希望します。」(○をつけてください)

①予約確認書 ②問診票

(B) 住 所	〒 (事業所・自宅)		
電話番号		FAX	
支払い方法 (○をつけて下さい)	・ 窓口で受診者様がお支払い ・ 後日請求 [請求先 → (A) 事業所住所 (B) 事業所住所] ・ その他 ()		
ご希望など			

★次の3点をファックスでお送りください★

Fax 082-879-6891

- ・広島共立病院 事業所健診申込票①
- ・広島共立病院 生活習慣病健診申込票②
- ・委任状の取り扱いについての変更

病院記載欄	結果控え		
	希望なし	法定健診のみ希望	すべての項目希望

広島共立病院 生活習慣病健診申込書② 2023年度

事業所健診申込票①と一緒にFAXください

事業所所在地 〒

↓○を付けてください↓

新規申し込み ・ 変更 ・ キャンセル

※太枠内
記入必須

事業所名称

電話番号：

FAX番号：

※太枠内
記入必須

病院記載欄	スキャナー		企業コード	
	/			
	読み合わせ		FAX送信日	FAX受信日
	/			
	確認書印刷			
	/		番号	

健康保険被保険者証の 保険者番号		広島共立病院健診センターへの申込人数							総人数				
健康保険被保険者証の 記号													
健康保険証の 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日 (年度末年齢)	希望する健診の種類 いずれかを○で囲んでください					ご希望日	ご希望など	前年度受診日	決定日	カルテ番号
				一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月 日				組 ・ 非
				一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月 日				組 ・ 非
				一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月 日				組 ・ 非
				一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月 日				組 ・ 非
				一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月 日				組 ・ 非
				一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月 日				組 ・ 非
												病院記載欄	

お名前が
変わられた
場合は旧
姓もご記入
ください

協会けんぽ一般健診の対象は35歳以上です。
34歳以下の方はコース名もご記入ください。
・付加健診→年度末年齢が40歳・50歳の方
・乳(40歳以上)→年度末年齢が偶数の方
・子宮(20歳以上)→年度末年齢が偶数の方
※付加・乳・子→協会対象外の方は自費です。

希望オプション(乳エコーなど)、希望
月・曜日など記入してください

問診郵送

/

全員の番号を必ずご記入ください。予約時点で保険証の発行手続き中等で番号がわからない場合はわかり次第ご連絡ください。

③

記入例

健康保険被保険者証の 保険者番号	01234567	広島共立病院健診センターへの申込人数		総人数							
健康保険被保険者証の 記号	123			4							
健康保険証の 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日 (年度末年齢)	希望する健診の種類 いずれかを○で囲んでください			ご希望日	ご希望など	前年度受診日		
12	共立 太郎	男	昭和27年1月2日 (72)	一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃カメラ ・ 胃なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月 日	水曜日希望	
15	広島 花子	女	昭和39年3月4日 (60)	一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃カメラ ・ 胃なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月 日	9月希望	
113	中須 きく	女	昭和56年5月6日 (42)	一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃カメラ ・ 胃なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月 日	乳エコー希望	
123	安佐 吾郎	男	昭和48年7月8日 (50)	一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃カメラ ・ 胃なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月 日	水曜日以外	

希望月、希望日などあればご記入ください。

広島共立病院以外で受診される方がいらっしゃる場合には、二重線等でその方の行が見えないようにしてお送りください。

☆希望のオプションがあればご記入ください。前年度と同じオプションを希望の場合も全てご記入ください。内容によっては曜日・日数に限りがあります。

お願い

毎年多くの事業所様よりお申し込みがあり、ご希望の日程でおとりできないことがあります。この場合、誠に勝手ながらひとまず当方で日程を決めさせていただきたいと思っています。

胃カメラのご希望は多く、例年予約が取りにくい状況になっています。

オプション料金

・胃カメラ変更料	一律	2,200円
・マンモグラフィー	組合員	4,400円
	非組合員	6,600円
・乳エコー	組合員	3,850円
	非組合員	5,500円
・視触診	一律	2,200円
・子宮がん検診	組合員	4,400円
	非組合員	6,600円

委任状の取り扱いについての変更

必ずFAXで
ご返信ください

今年度も広島共立病院健診センターをご利用いただきましてありがとうございます。
例年、企業様へ結果の控えをお送りする場合は、健診受診ご本人様からの同意の委任状をご提出いただいていたおりましたが、今年度より委任状の提出を変更させていただきます。

①結果の控えが必要ですか（☑をつけてください）

☐ はい

②へ進んでください

☐ いいえ

この用紙を申込書と一緒にFAXください。

②控えの健診項目はどこまでご希望ですか（☑をつけてください）

☐ 結果控えは法定健診のみ
希望（別紙①参照）

委任状の提出は**不要**です。下記を記載の上、この用紙をFAXください。

ご記入ください

☐ 結果の控えは健診項目
すべてを希望
（別紙②参照）

受診者様各々の委任状の提出が**必要**です。この用紙をFAXください。後日委任状の様式を郵送いたします。記載の上、原本を郵送またはご持参ください。

企業コード

〈郵送先を左記住所以外でご希望の場合はご記入ください〉

〈事業所主〉

住所 〒 -

住所 〒 -

事業所名

事業所名

電話番号

電話番号

別紙①

健康診断結果報告書

コース

所属

団体

カルテ番号

協会けんぽ(一般・胃カメラ)

全国健康保険協会 広島支部

株式会社〇〇

9807025

氏名		共立 太郎		生年月日	昭和27年1月2日		健診年月日	令和5年4月2日	
				性別	男		年齢	71 歳	
業務歴					血 圧		(mmHg)		/
既往歴					貧血検査	血色素量		(g/dl)	
			赤血球数			(万/mm ³)			
自覚症状			肝機能検査	GOT		(IU/l)			
		GPT		(IU/l)					
		γ-GTP		(IU/l)					
他覚症状			血中脂質検査	LDLコレステロール		(mg/dl)			
				HDLコレステロール		(mg/dl)			
				トリグリセライド*		(mg/dl)			
身長(cm)			血糖検査	空腹時		(mg/dl)			
体重(kg)				随時					
BMI				HbA1c		(%)			
腹囲(cm)			尿検査	糖					
				蛋白					
視力	右	()		心電図検査					
	左	()							
聴力	右	1000Hz		備考					
		4000Hz							
	左	1000Hz							
		4000Hz							
	会話法								
胸部X線検査		直接		判定医		広島共立病院		中 増 昭 久 (印)	

備考

- 1 労働安全衛生規則第43条、第47条若しくは第48条の雇入時の健康診断又は労働安全衛生法第66条第4項の健康診断を行ったときに用いること。
- 2 BMIは、次の算式により算出すること。BMI＝体重(kg)／身長(m)²
- 3 「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入すること。

健康診断結果報告書

広島共立病院・検査センター
広島市安佐南区中須2丁目20-20 電話:082-879-1223

別紙②

共立 太郎

様

受診日 令和5年4月2日
ご所属 協会けんぽ(一般・胃カメラ)
団体 全国健康保険協会 広島支部
カルテ番号 株式会社〇〇
生年月日/性別 860702s 昭和27年1月2日

判定医 中増 昭久

総合判定

診療	身体測定	血圧	聴力	眼科	聴覚テスト	心電図	胃検査	腹部超音波	肺機能	腎・尿路	貧血ほか	脂質	糖代謝	肝機能	腎臓	痛風	血清反応	腫瘍マーカー	便潜血	乳がん	甲状腺	骨密度	その他

総合コメント

検査	今回	前回

身体測定	基準値	今回	前回
身長			
体重			
体脂肪率			
BMI			
血圧	最大血圧		
	最小血圧		

聴力	基準値	今回	前回
オーディオ	1000Hz 右		
ウェイト	4000Hz 左		
聴覚法			
視力	裸眼	右	左
	矯正	右	左
眼底		右	左
		右	左

心電図	部位	所見	今回	前回

心電図	部位	所見	今回	前回

今回	前回
肝臓	胆嚢
胆嚢	肝臓
腎臓	腎臓
腎臓	腎臓
その他	その他

項目	今回	項目	前回
胃検査	バリウム	バリウム	

項目	今回	項目	前回
肺機能	肺活量 %肺活量 一秒量 一秒率	肺機能 一秒率 肺年齢	

株式会社〇〇

基準値	今回	前回
白血球		
赤血球		
血色素量		
ヘマトクリット		
MCV		
MOCH		
MOHC		
血小板数		
Neut(好中球)		
Eos(好酸球)		
Baso(好塩基球)		
Mon(単球)		
Lympho(リンパ球)		
血 ABO		
型 Rh		

基準値	今回	前回
総コレステロール		
中性脂肪		
HDLコレステロール		
LDLコレステロール		

基準値	今回	前回
空腹時血糖		
随時血糖		
HbA1c (JDS)		
HbA1c (NGSP)		

基準値	今回	前回
AST(GOT)		
ALT(GPT)		
γ-GTP		
総蛋白		
アルブミン		
A/G比		
α1分画		
α2分画		
β分画		
γ分画		
ALP		
直接ビリルビン		
肝機能		

基準値	今回	前回
アミラーゼ		

基準値	今回	前回
尿酸		

基準値	今回	前回
CRP		
RF定量		
清反相RPR		
心導 TPAab		

基準値	今回	前回
PSA (前立腺)		
CEA (消化器)		
CA19-9 (消化器)		
CA125 (卵巣)		
AFP (肝臓)		

基準値	今回	前回
その他		

基準値	今回	前回
クレアチニン		
尿蛋白		
尿糖		
尿ビリルビン		
尿潜血		
比重		
pH		
尿沉渣		
赤血球		
白血球		
扁平上皮		
細胞		

基準値	今回	前回
便潜血		
1回目		
2回目		

異常		今回		前回	
超音波	右				
	左				
アーマーラック	右				
	左				
視触診	右				
	左				

基準値	今回	前回
超音波検査		
TSH	**基準 TSH 1	

基準値	今回	前回
超音波検査		
TSH	**基準 TSH 1	

基準値	今回	前回
超音波検査		
TSH	**基準 TSH 1	

- 今回の健診では特に異常所見はありません。
- わずかな異常を認めますが、日常生活には差し支えありません。
- 異常を認めます。生活習慣を改善する必要があります。
- 治療が必要です。医師の指示に従ってください。
- 異常を認めます。再検査または精密検査を受けてください。
- 主治医の指示に従って、治療を継続してください。

判定区分	判定	判定	判定
異常なし	異常なし	異常なし	異常なし
要受診確認	要受診確認	要受診確認	要受診確認
要受診	要受診	要受診	要受診
就業制限	就業制限	就業制限	就業制限
要休業	要休業	要休業	要休業

- 結果の赤字は高値、青字は低値を表します。
- 健診の基準値は、「予防」の観点から診断のための基準とは異なる設定になっています。
- 結果について、ご不明な点がありましたらお問い合わせ下さい(082-879-1223)。