

健康診断等記録借用依頼（貸出承諾）書

下記の健康診断等記録の借用をお願いします。 記入日 年 月 日

| | | | |
|--|--|-----|-------------------------------|
| 健診種別 | <input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 住民健(検)診 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 事業所名 | <small>※ 住民健(検)診を受診された方は記入不要です。</small> | | |
| 受診者 | 氏名 | (印) | 生年月日 大・昭・平 年 月 日生 |
| | 連絡先： TEL () (勤務先・自宅・携帯) | | |
| | <small>※日中連絡がとれる電話番号をご記入ください。</small> | | |
| 依頼理由： 1. 要精検 2. 本人希望 3. 主治医より依頼 4. その他() | | | |
| 代理人 | 氏名 | (印) | 生年月日 大・昭・平 年 月 日生 |
| | 〒 (勤務先・自宅・医療機関・その他()) | | |
| お届け先 | TEL () <small>※TELは上記連絡先と異なる場合、ご記入ください。</small> | | |
| | | | |
| 借用依頼 記 録 | <input type="checkbox"/> 胸部X線画像 | | |
| | 健(検)診日:(年 月 日) (年 月 日) (年 月 日) | | |
| | 健(検)診日:(年 月 日) (年 月 日) (年 月 日) | | |
| | <input type="checkbox"/> 胃部X線画像 | | |
| | 健(検)診日:(年 月 日) (年 月 日) (年 月 日) | | |
| | <input type="checkbox"/> 心電図記録紙 | | |
| | 健(検)診日:(年 月 日) (年 月 日) (年 月 日) | | |
| | <input type="checkbox"/> マンモグラフィ画像 | | |
| 健(検)診日:(年 月 日) (年 月 日) (年 月 日) | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| <input type="checkbox"/> 眼底写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 健(検)診日:(年 月 日) (年 月 日) (年 月 日) | | | |

- 1 本人確認のため運転免許証、または※マイナンバーカード（ない場合は保険証）のコピーを添付してください。
※ コピーをとるときは、ケースに入れた状態でももて面だけをコピーし、うら面はコピーしないでください。
- 2 依頼者が代理人の場合は、受診者の委任状を添付してください。
- 3 依頼・返却先 〒950-1187 新潟市西区北場1185-3

定期健診等：新潟ウェルネス4階 情報処理二課 TEL (025) 370-1965
人間ドック：新潟ウェルネス6階 情報処理一課 TEL (025) 370-1900

注) 依頼書受領日から発送までに1週間ほどかかりますのでご了承ください。

★健診機関使用欄

| 承認 | 照査 | 担当 |
|----|----|----|
| | | |