

特定保健指導(近畿中央病院) FAX申込書

太枠内をご記入下さい

FAX送信日

/

項目	内容	備考	
予約情報	希望日	平成 年 月 日 ()	
	会場	近畿中央病院 2階健康管理センター	
	時間	時 分開始	
	支援レベル (どちらかに○)	動機づけ支援 積極的支援*	※積極的支援の場合、3ヶ月後に近畿中央病院へ来院して頂く必要がありますこと、ご了承の上、お申込み願います。
	当院特定保健指導の経験(どちらかに○)	有り 無し	有りの方へ: 当院にて初回グループ指導を受けた方は過去に受けていただいたものと同内容です。リピーターの方には当院にて個別指導からのスタートをお勧めします。日程相談のため当院から連絡先電話番号にお電話させていただきます。

受診者様情報	カナ氏名		
	漢字氏名		
	生年月日	昭和 年 月 日	
	性別	男 女	
	自宅郵便番号		←決定通知書等書類の送り先となります。
	自宅住所		
	自宅電話番号	() -	
	FAX(必須)	() -	←FAX返信先となります。
	連絡先	自宅・携帯・勤務先()	勤務先、携帯など、日中に連絡がつく番号をご記入下さい。
連絡先電話番号			

組合員証番号・利用券番号	支部(いづれかに○)	兵庫 大阪 奈良 和歌山 滋賀 京都 その他()
	組合員証番号	
	利用券番号	1 4
	健保連システム利用同意確認 (どちらかに○)	<p>指導にあたって、この度動機づけ支援/積極的支援と決定された際の健診結果をご提供願います。 ご本人様の同意を頂ければ、組合員様の健診結果が登録されているシステム(健保連システム)を当院にて閲覧することができ、ご本人様からの当院への結果郵送の手間を省くことができます。</p> <p>健保連システムの健診結果をこちらで閲覧させて頂いてもよろしいでしょうか。</p> <p>はい いいえ*</p>

返信連絡・病院記入欄	1	月 日 近畿中央病院2階健康管理センター 時 分開始分にご予約承りました。	
	2		
	FAX受理日 / /	FAX返信日 / /	担当者
	電話連絡 / /		カルテID

他院特定健診 月 日 番