

特定保健指導(近畿中央病院) FAX申込書

FAX送信日

/

項目		内容		備考
予約情報	場所	公立学校共済組合 近畿中央病院 7階ドック棟 月・水・金③④のみ、火・木①～④		
	希望日時	第一希望	令和 年 月 日()	①14:00 ②14:30 ③15:00 ④15:30
		第二希望	令和 年 月 日()	①14:00 ②14:30 ③15:00 ④15:30
	利用券に記載の支援レベル(どちらかに○)	・動機づけ支援 ・動機づけ支援相当	・積極的支援 ※	※積極的支援の場合、2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		

受診者様情報	か氏名			
	漢字氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	性別	男 ・ 女		
	自宅郵便番号	〒	-	
	自宅住所			
	自宅電話番号	()	-	
	FAX(必須)	()	-	
	連絡先	自宅・携帯・勤務先名()		
連絡先電話番号				

←決定通知書等書類の送り先となります。

←FAX返信先となります。

勤務先、携帯など、日中に連絡がつく番号をご記入下さい。

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			
	有効期限	年	月	日有効
	健保連システム利用同意確認(どちらかに○)	指導にあたって、この度動機づけ支援(動機づけ支援相当を含む)/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出来ます。 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。 はい いいえ※		

本人 ・ 家族

〇〇2 : 積極的
〇〇3 : 動機づけ
〇〇4 : 動機づけ支援相当

※ご同意頂けない場合は、**予約日の10日前までに健診結果を当院健康管理係宛てご郵送下さい。**

〒664-8533
兵庫県伊丹市車塚3-1
公立学校共済組合近畿中央病院
健康管理係 行

返信連絡・病院記入欄	1	月 日() 近畿中央病院 7階 ドック棟 時 分開始分にご予約承りました。		
	ご自宅宛に書類を送付いたします。1週間経過しても届かない場合はご連絡ください。			
	2			
	FAX受理日	/ /	FAX返信日	/ /
電話連絡	/ /	担当者		
		カルテID		