

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	生年月日	
	⑩	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	生年月日	
	⑩	大・昭・平 年 月 日生	
お届け先	〒 — (勤務先・自宅・医療機関・その他())		
	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（ない場合は保険証）のコピーを添付してください。

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) 依頼書受付日より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