

# 【受診希望調査票】

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号 \_\_\_\_\_

※ 別紙、『節目健康診査のご案内』をお読みにになり、該当する箇所に○又は記載をお願いします。

## 「節目健康診査」を希望しますか？

### 1. 希望します

希望する医療機関と日程を記載して、同意書にご署名・捺印ください。

ア. 人間ドック（個別健康診断）

① 留寿都診療所（ \_\_\_\_\_ 月頃）

② JA 北海道厚生連 倶知安厚生病院（ \_\_\_\_\_ 月頃）

③ JA 北海道厚生連 札幌厚生病院（ \_\_\_\_\_ 月頃）

④ 北海道対がん協会 札幌がん検診センター（ \_\_\_\_\_ 月頃）

イ. 集団健康診断・がん検診 留寿都村公民館

① 12月7日（木） ② 12月8日（金）

### 2. 希望しません

理由

ア. 他の医療機関で通院治療している。 イ. 忙しく受診する時間がない。

ウ. 職場の健康診断を受診する。 エ. その他（ \_\_\_\_\_ ）

以下にご署名をお願いします。（同意されない場合は健康診査を受診することができません。）

## 同意書

私は、節目健康診査を受診する上で、次の内容に同意します。

- 1 節目健康診査の結果による村のサポート等を受けるため、検査結果を、実施医療機関から留寿都村に提供すること。
- 2 節目健康診査の実施後、特定保健指導等に該当した場合、実施医療機関又は役場保健師による特定保健指導等を受けること。
- 3 節目健康診査は受診日時点で村の国民健康保険被保険者を対象としているため、後日、受診日時点で村の国民健康保険被保険者でないことが判明した場合は、当該健康診査等にかかった費用について全額支払うこと。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

留寿都村長 佐藤 ひさ子 様

住所 留寿都村字 \_\_\_\_\_ 番地

氏名 \_\_\_\_\_

※ 6月23日（金）までに同封の封筒で返送又は役場保健医療課へお届けください。  
ご協力ありがとうございました。