　　　年　　　月　　　日

**検査結果等再発行（発行）依頼書**

ＪＡ 　　　　　　　　　　御中

（健診実施機関：滋賀県厚生農業協同組合連合会）

依頼者氏名　　　　　　　　　　　㊞

（受診者との関係　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　）

下記の通り、再発行（発行）を依頼します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．再発行（発行）文書等  **(必要なものに**  **○をつけてください)** |  | ・健康診断個人結果通知書(事後指導までに結果を受取る場合も含む) | | | | | | | | |
| ＊アレルギーとMCIについては、再発行は１回のみ可能です | | |  | | ・アレルギー | | |  | ・ＭＣＩｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ |
|  | ・診療情報提供書　＊要精密検査の場合のみあり  胸部Ｘ線 ・ 胃部Ｘ線 ・ 便潜血 ・ 腹部超音波 ・甲状腺超音波  乳房Ｘ線 ・ 乳腺超音波 ・ 前立腺がん ・腫瘍マーカー | | | | | | | | |
|  | ・画像ＣＤ-Ｒ  （胸部Ｘ線 ・ 胃部Ｘ線 ・ 腹部超音波 ・ 甲状腺超音波  頚動脈超音波・乳房Ｘ線 ・ 乳腺超音波） | | | | | | | | |
|  | ・心電図波形結果 |  | | ・その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| ２．再発行（発行）理由 |  | | | | | | | | | |
| ３．健診日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |
| ４．受診者名・生年月日 |  | | | | | | 昭和  平成 | 年　　　月　　　日 | | |
| ５．受診者連絡先  （依頼者が受診者本人の場合不要） | 電話番号：　　　　　　　　　　　（受診者本人へ連絡する場合があります） | | | | | | | | | |
| ６．送付先  (送付先は受診者自宅住所となります) | 自宅　住所：〒 | | | | | | | | | |

※ **依頼者が本人以外の場合、下記にご記入ください。**

上記記載の再発行（発行）の依頼を承諾いたします。

・受診者氏名：　　　　　　　　　　　　　(自署でお願いいたします)

代筆者氏名：　　　　　　　　　　　　(受診者との関係　　　　　)

**※ 手続きに１週間程度かかることがあります。送付は、特定信書便で着払い(約1,300円)で受診者負担となります。ご了承ください。　　＊着払い料金は変更されることがあります。**

**到着時間指定　なし・あり→ 8～12時・12～14時・14～16時・16～18時・18～20時・**

**18～21時・19～21時** 記載がない場合は時間指定しません。

以上

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 以下記入不要です。　　　　　（厚生連処理欄）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＪＡ処理欄） | | | | | | | | | | | | |
| 送　付 | | 課　長 | | 担　当 | | 受　付 | | 依頼書を　　　　厚生連へ  送付 | 承　認 | | 担　当 | |
| / |  | / |  | / |  | / |  | / |  | / |  |