

①【依頼書】

病医院・診療所 各位

HOYAグループOSH推進室
〒164-8545 東京都中野区中野4-10-2
中野セントラルパークサウス6F
TEL：03-5913-2311

任継者および家族健診のお願いについて

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃、HOYAグループ従業員および家族の診療に際しましては、ご配慮頂き厚くお礼申し上げます。

HOYA健康保険組合では、任継者および家族の保健事業の一環として「任継者および家族健診」を下記の要領にて実施することになりました。

HOYAグループでは、厚労省が定める特定健診の基本検査項目を任継者および家族の全員に設定しております。つきましては、お忙しいところ誠に恐縮とは存じますが、健診の実施にあたり、何卒格別なご高配をお願い申し上げます。

敬具

記

1. 検査依頼項目

《全員》

①身体計測(身長、体重、腹囲)

*腹囲測定も必ず実施をお願いいたします。

②視力測定

③血圧測定

④尿検査(糖、蛋白、潜血)

⑤血液検査

- | | | | |
|-----------|------------|-------------|-------------|
| ・白血球数 | ・赤血球数 | ・ヘモグロビン | ・ヘマトクリット |
| ・総コレステロール | ・中性脂肪 | ・HDLコレステロール | ・LDLコレステロール |
| ・総蛋白 | ・GOT | ・GPT | ・γ-GTP |
| ・空腹時血糖 | ・ヘモグロビンA1c | ・尿酸 | ・尿素窒素 |
| ・クレアチニン | | | |

⑥胸部レントゲン検査(間接又は直接)

⑦診察

《40歳以上の方に追加》

⑧心電図検査(安静時)

注) この健診は保険診療扱いとしないよう、お願いいたします。

2. 診断票

検査終了後は、②【診断票】にご記入いただき、受診者にお渡し下さいますようお願いいたします。
所定の健診結果票を発行いただける場合は、②【診断票】への記入は不要です。

3. 領収書

③【領収書】は、健診費用精算時にご記入の上、受診者にお渡し下さいますようお願いいたします。
別に領収書を発行いただける場合は、領収書欄への記入は不要です。

4. 精密検査・治療

健診の結果、精密検査や治療を要する場合は、受診者に説明の上、保険診療にてお願いいたします。