近畿中央病院　健康管理係　FAX072-781-2215

出張特定保健指導　FAX申込書

太枠内をご記入下さい

FAX送信日	/

項目		内容	備考
予約情報	希望日	平成　年　月　日（　）	
	会場	会場　/　近畿中央病院	近畿中央病院をご希望の場合の日程は、『特定保健指導のご案内』最終頁をご覧下さい。
	時間	第　回　時　分開始	
	支援レベル（どちらかに〇）	動機づけ支援　積極的支援※	※**積極的支援の場合、3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（どちらかに〇）	有り　無し	**有りの方へ**：今回の出張保健指導は過去に受けていただいたものと同内容です。リピーターの方には当院にて個別指導からのスタートをお勧めします。日程相談のため、こちらから連絡先電話番号にお電話させていただきます。

受診者様情報	カナ氏名		
	漢字氏名		
	生年月日	昭和　年　月　日	
	性別	男　女	
	自宅郵便番号		←決定通知書等書類の送り先となります。
	自宅住所		
	自宅電話番号	（　）　－	
	FAX（必須）	（　）　－	←FAX返信先となります。
	連絡先	自宅・携帯・勤務先（　）	勤務先、携帯など、日中に連絡がつく番号をご記入下さい。
	連絡先電話番号		

組合員証番号・利用券番号	支部（いづれかに〇）	兵庫　大阪　奈良　和歌山　滋賀　京都	
	組合員証番号		
	利用券番号	1 1	112 ： 積極的 113 ： 動機づけ
	健保連システム利用同意確認 （どちらかに〇）	指導にあたって、この度動機づけ支援/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※**	※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　会場　第　回　時		分開始分にご予約承りました。
2			
FAX受理日　/　/	FAX返信日　/　/		担当者
電話連絡　/　/			カルテID
			他院特定健診　月　日　番