

1月26日(金)までにファックスで返送 医師会事務所宛 (FAX 7 1 4 7 - 1 7 1 1)

平成30年度柏市国保特定健診調査票

＜柏市への登録について 太線の枠内をご記入ください＞

FAX 7 1 4 7 - 1 7 1 1

健診機関コード	1 2 1 2 1	医療機関名		
		電話番号 (注1)		
健診等の種類	実施する 項目に○	日曜日の健診実施状況 実施している場合は“○”(注2)		
		日曜 午前	日曜 午後	
特定健康診査 } 75歳以上の健康診査 } すべて実施 柏市健康診査 } (18歳から39歳の健康診査につ いては医療機関と柏市の直接契約 となります。)		○の 場合		
特定健診、75歳以上健診、柏市健診の選 択項目の内 眼底検査 (自院で検査) ・眼科医療機関へ依頼する場合は含みません。			(注1)・・・電話番号は健診対象者にお知らせする名簿に掲載されますので、特定健診担当部署等の番号を記載してください。	
特定保健指導 自院での特定健診受診者のうち、保健指導レベルが「積極的支援」「動機付け支援」に該当した者を実施			(注2)・・・柏市では健診対象者にお知らせする名簿に、日曜日に健診を実施出来る医療機関として案内します。掲載可の場合は○印を記入して下さい。	

*眼底検査のみ実施する 眼科医療機関 (該当する項目に“○”)

眼底検査 健康診査実施医療機関からの依頼により実施	受託する ・ 受託しない
------------------------------	--------------

＜記録票の電子化について＞ ・特定健診、75歳以上健診実施に“○”の場合は回答ください。

自院作成	医師会依頼

*柏市では、「柏市で行う肝炎ウイルス検査」・「柏市骨粗しょう症検査」の対象者に原則特定健診との同時実施をすすめています。特定健診の指定医療機関は D票 「肝炎ウイルス検査」と E票 「骨粗しょう症検査」も提出してください。