

児童・生徒もれ検査申込書

※下記の①受診項目と②検査料金の該当する番号を必ず○で囲んで下さい。

①受診項目

※予約不要

1. 尿検査
2. ぎょう虫検査

※検査要予約

3. 胸部 X 線撮影
4. 心電図検査
5. 貧血検査
6. 視力検査
7. 聴力検査
8. その他()

②検査料金

1. 学校負担 ※契約先へ請求
2. 自己負担

※学校負担の場合は下記の記入らんに必要な事項を記入、前日までに電話で下記へ予約、検査当日はこの申込書を忘れずに持参させて下さい。

(一財)沖縄県健康づくり財団
889-6474(予約:内線429)

~~~~~ 記入らん ~~~~~

|      |   |   |                 |     |  |
|------|---|---|-----------------|-----|--|
| 学校名  |   |   | 担当者名<br>(養護教諭名) |     |  |
| 年    | 組 | 番 | TEL             |     |  |
| フリガナ |   |   | 性別              | 男・女 |  |
| 氏名   |   |   |                 |     |  |

※もれ検査の受診期限〔 月 日 〕

|          |
|----------|
| ※担当者コメント |
|----------|

### 【結果報告】

- ・学校負担の場合は、上記学校へ結果を報告し、ご本人へは通知致しません。
- ・自己負担で受診された際は、本人に結果を通知、学校への報告は致しません。  
(※自己負担で受診の際は別料金(診断書料等)が発生します。)

### 職員定期健康診断申込書

※定期健康診断を希望する方は下記の申込書へ必要事項を記入し、受信希望日の1週間前までにFAXかお電話で(一財)沖縄健康づくり財団へお申し込み下さい。

※お電話で予約された方も必ず申込書をFAXして下さい。

提出期限：\_\_\_\_\_

~~~~~ 申込書 ~~~~~

| | | | |
|------|------------------------------|---------------------------|-----|
| 学校名 | | 所属 PTA・他()
※請求先が異なる場合 | |
| フリガナ | | 生年月日 | 性別 |
| 氏名 | | S.
H. | 男・女 |
| 前任校 | ※他校から異動後、当財団で初受診の方のみ記入して下さい。 | 連絡先 | |

ご希望の健診日時を記入して希望する検査項目を○で囲んで下さい。

| 第1希望日 | 第2希望日 | 第3希望日 |
|-------|-------|-------|
| 午前 | 午前 | 午前 |
| 午後 | 午後 | 午後 |

※希望する検査項目を○で囲んで下さい。

1. 定期健診 (胸部X線撮影有り)
2. 定期健診 (胸部X線撮影無し)
3. 胸部X線撮影のみ
4. 胃検診 (※胃検診は午前中のみの実施になります。)
5. その他 ()

◎健診受付時間 月～金 AM8:00～11:00, PM1:00～4:00
土 AM8:00～11:00

〔予約受付〕

TEL : (098)889-6474(内線 428・429・426・432)

FAX : (098)889-6485

【健診実施機関】

(一財)沖縄県健康づくり財団

住所：南風原町字宮平 212 (イオン南風原向い、南部福祉保健所となり)