|  |
| --- |
| 医療機関コード |
|  |

（様式報第１号）

実施状況報告書

（心電図・貧血・大腸がん・前立腺がん）

宇都宮市長　様

　　　　　　　　医療機関　　所在地　〒

　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　医師名

２０　　　年　　　月分の実施状況を下記のとおり報告いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 実施人数 | 費用免除者  （再掲） |
| ①心電図のみ | 名 | 名 |
| ②心電図＋貧血 | 名 | 名 |
| ③心電図＋貧血＋大腸がん | 名 | 名 |
| ④心電図＋貧血＋大腸がん＋前立腺がん | 名 | 名 |
| ⑤心電図＋貧血＋前立腺がん | 名 | 名 |
| ⑥心電図＋大腸がん＋前立腺がん | 名 | 名 |
| ⑦心電図＋大腸がん | 名 | 名 |
| ⑧心電図＋前立腺がん | 名 | 名 |
| ⑨貧血のみ | 名 | 名 |
| ⑩貧血＋大腸がん | 名 | 名 |
| ⑪貧血＋大腸がん＋前立腺がん | 名 | 名 |
| ⑫貧血＋前立腺がん | 名 | 名 |
| ⑬大腸がんのみ | 名 | 名 |
| ⑭前立腺がんのみ | 名 | 名 |
| ⑮大腸がん＋前立腺がん | 名 | 名 |
| 合計 | 名 | 名 |

※　特定健診の「詳細な健診項目」については，保険者に請求していただくものですので，記入しないで

ください。

※　委託料振込口座に変更がある場合は，健康増進課あて御連絡ください。

※　「免除」欄は，受診者が費用免除者に該当する場合に〇印を記入してください。

※　委託料振込口座に変更がある場合は，健康増進課あて御連絡ください。

※　「免除」欄は，受診者が費用免除者に該当する場合に〇印を記入してください。

※　委託料振込口座に変更がある場合は，健康増進課あて御連絡ください。

（様式報第１号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　診　券  番　　　号 | 免 除 | 氏　　名 | 心 電 図 | 貧　　血 | 大腸がん | 前立腺がん | 受　診　券  番　　　号 | 免 除 | 氏　　名 | 心 電 図 | 貧　　血 | 大腸がん | 前立腺がん |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※　「免除」欄は，受診者が費用免除者に該当する場合に〇印を記入してください。

※　委託料振込口座に変更がある場合は，健康増進課あて御連絡ください。

（様式報第１号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　診　券  番　　　号 | 免 除 | 氏　　名 | 心 電 図 | 貧　　血 | 大腸がん | 前立腺がん | 受　診　券  番　　　号 | 免 除 | 氏　　名 | 心 電 図 | 貧　　血 | 大腸がん | 前立腺がん |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |