

検 査 報 告 書

群馬県医師国民健康保険組合

被保険者証 記号番号	群医	—	—	受診者名 氏名	
生年月日	昭和 平成	年	月	日	(満 歳)
検査年月日	平成	年	月	日	組合員名 氏名
検査項目	I. 問診 (既往歴・業務歴・喫煙歴・服薬歴の調査)		I. 肝機能 (GOT・GPT・γ-GTP)		
	I. 自覚症状及び他覚症状の有無		I. 血中脂質 (HDLコレステロール・ LDLコレステロール・ 血清トリグリセライド)		
目	I. 身長・体重・腹囲・視力及び聴力		I. 血糖 (空腹時血糖或いはヘモグロビンA1c)		
	I. 胸部エックス線		I. 尿中の糖及び蛋白の有無		
	I. 血圧		I. 心電図		
	I. 貧血 (赤血球数・血色素量)				
	※ 実施した検査項目に○印を付けて下さい。				
<p>検査結果</p> <p style="font-size: 1.2em;">健康 ・ 要精検 ・ 要加療</p>					
<p>上記のとおり報告 (請求) いたします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">健診実施医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医 師 氏 名 ㊦</p>					
実施医療機関 又は組合員の 振込先		群馬県医師信用組合 普通預金口座番号 (フリガナ) 預金名義人			

注：複数の従業員がいる医療機関は、一括して検査報告書を提出してください。
 なお、振込先口座名は1枚に記入すれば2枚目以降は記入不要です。
 実施期間は4月から9月末日まで、提出期限は10月末日までとなります。