

(健診機関用)

特定健診記録票 総括票

平成 年 月 日

健診機関名 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

〔 医療機関様にご記入頂く記録票に不備があった際は、入力業者(エストコーポレーション)よりFAX、もしくはお電話にてヒアリングをおこないます。 〕

月分	件
----	---

No	受診者名	No	受診者名
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	

(この総括票はコピーしてお使いください)

必ず受診券のコピーを添付
してください。