



ご予約時の必要事項

※ご確認・ご記入にご利用ください。当院担当スタッフが下記の内容を予約前にお伺いいたします。(印刷可)

※分からない場合には、対応させていただいた時に一緒にご確認いたしますので、ご安心ください。

氏名	
生年月日	昭和 年 月 日
今までに当院をご利用した事がありますか？ (中部クリニック・健診センター含む)	有り ・ 無し

※当院ご利用のない場合、システムの関係上で控えていただく場合もございますが、一度ご相談ください。お調べ致します。

保健指導に関する問診

治療中の病気・定期的に通院中の病気 がありますか？(整形外科含む)	有り ・ 無し
治療中の病気を教えてください。 (差し支えなければ主治医も教えてください)	
特定健診を受けた場所はどこですか？	協立 ・ 他院 (
「保健指導利用券」はお持ちですか？	有り ・ 無し

☆利用券「有り」方は次項をご確認ください。

保険者名 (利用券に書かれている健保様のお名前をお教えてください)	
自己負担についての記載はありますか？	有り ・ 無し
	記載されている金額(円)
利用券に書かれている 支援の内容はどちらですか？	動機付け支援？ ・ 積極的支援？
有効期限	年 月 日

ご予約希望日時(予約には限りがあるため、候補を2～3日分上げていただけると助かります)

予約希望日時	①	年	月	日()	時	分	～の保健指導希望
	②	年	月	日()	時	分	～の保健指導希望
	③	年	月	日()	時	分	～の保健指導希望

書類の郵送やご連絡をとる際の連絡先

〒	
住所	
電話番号 ①	(自宅・携帯・職場・その他)
②	(自宅・携帯・職場・その他)

※必ず電話・来院でのご予約となりますのでご注意ください。また保健指導担当スタッフ不在時は、折り返しの電話となりますので、ご了承ください。

ご相談・ご予約は↓
青森保健生活協同組合
あおもり協立病院 健診センター
直通電話 017-729-3261
(対応可能時間 11:30～16:30)