健診結果で「要精密検査」、「要治療」の判定があった方へ

年　　　月　　　日

所属・部署：

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

健康診断の結果、以下の項目に精密検査または治療が必要である判定がありました。

つきましては、早急に医師の診察を受け、　　月　　日までに下記担当者までに再検査等の報告をしてください。

|  |
| --- |
| 精密検査（再検査含む）・治療が必要と判断された検査項目 |
|  | 血圧 |  | 尿酸 |  | 心電図 |
|  | 脂質 |  | 血液一般 |  | 耳・眼 |
|  | 肝機能 |  | 尿検査 |  | 胃部 |
|  | 糖代謝（血糖） |  | 胸部レントゲン検査 |  | 便潜血 |
|  | その他の項目（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

担当者

【再検査等の報告】

氏名　：

受診日　：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

受診医療機関　：

・再検査等の報告はご自身で記入してください。

・医師の診断書等の添付は不要です。