

健康診断の結果で再検査等が必要と判定された方へ

令和 年 月 日

様

健康診断の結果で、下記のとおり精密検査または治療が必要と判定されました。

検査項目名

判定結果

つきましては、本日から2ヶ月以内に医療機関に受診して、この用紙を下記担当までご提出ください。

なお、再検査を受診済みの場合は、その結果を記入してください。

その他、ご不明な点があればお問い合わせください。

担当者: _____

以下ご本人記入欄 キリトリ不要

再検査の受診日 令和 年 月 日(受診先: _____)

医師からの説明で、該当する項目に○をつけてください。

1. 異常なし
2. 何かあるが、このまま様子を見てよい
3. ()ヶ月後に再検査を受けてください
4. 更なる精密検査が必要
5. 治療が必要
6. 以前から治療(定期検査)継続中