

健康診断の結果「要治療」「要精密検査」の判定のあった方へ

所属・部署 _____

年 月 日

氏名 _____ 様

健康診断の結果、「要治療」または「要精密検査」の判定がありました。

自覚症状がなくても、早めに医療機関を受診することで重症化を防げる可能性があります。

医療機関を受診し、その結果を事業所担当者へ提出してください。

提出期限： 年 月 日

提出先（事業所担当者）： _____

要治療・要精密検査の判定があった検査項目（該当箇所に○印をつけ、必要な箇所を記入してください）

血圧	心電図	視力・聴力
脂質	肝機能	糖代謝（血糖）
血液一般	尿検査	腎機能
胸部レントゲン検査	胃部検査	便潜血反応検査
その他の項目（ _____ ）		

<ご本人が記入してください>

受診結果の報告

受診した日 年 月 日

受診した医療機関 _____

受診結果（該当の番号に○印をつけ、必要な箇所を記入してください）

1. 異常なし
2. 経過観察 ア. 次回の健康診断まで様子を見てよい イ. () か月後に再検査
3. 更なる精密検査が必要
4. 治療が必要 または 治療を開始した
5. すでに治療（定期検査）を継続中
6. その他 (_____)

※複数の項目がある場合は各々について記入してください

