

健康診断の結果で、〔要精密検査〕、〔要治療〕の判定があった方へ

所属・部署：_____

令和 年 月 日

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**と判定されました。
つきましては、**早急に医師の診察を受け**、_____月 _____日までに担当者へ
再検査等の報告をしてください。

要精密検査・要治療の判定があった検査項目					
	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 (_____)				

担当者：_____

再検査等の結果報告

以下、ご本人様をご記入ください。



氏名：_____

受診日：_____

受診結果(該当するものに○)

1. 異常なし
2. 経過観察 … A. 次回健診まで様子を見てよい
B. (_____)か月後に再検査予定
3. さらに精密検査が必要
4. 治療が必要 または 治療を開始した
5. その他 { _____ }

記入後、担当者へ提出してください。

この報告書は従業員の健康管理の目的のみに使用し、その他の目的には一切使用しません。