**健診結果で「要精密検査」、「要治療」の判定があった方へ**

令和　　　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と判定がありました。

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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

本案内に関する担当者　：

【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。