

健康診断の結果で再検査が必要と判定された方へ

　　　　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

　　　　　　　　　　→　5：要精密検査　または　4：要治療

→　5：要精密検査　または　4：要治療

→　5：要精密検査　または　4：要治療

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までご提出下さい。

なお、再検査を受診済みの場合は、その結果を記載し、下記までご提出下さい。

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

切り取り不要

再検査の受診日 年 　月 日

医師からの説明で、該当するところの数字に○をして下さい。

１．異常なし

２．軽度の異常はあるが、このまま様子をみてください

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です

５．治療が必要です

６．現在の治療を継続してください