

令和 年 月 日

(氏名) _____ 様

(社名) _____

(代表者名) _____

健康診断の結果について

定期健康診断の結果、以下の項目に異常が疑われました。

つきましては、医師の診察を受けた結果を記入し、(月 日) までに報告してください。

<input type="checkbox"/> 身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査	<input type="checkbox"/> 血中脂質検査
<input type="checkbox"/> 胸部エックス線検査及び喀痰検査	<input type="checkbox"/> 血糖検査
<input type="checkbox"/> 血圧	<input type="checkbox"/> 尿検査
<input type="checkbox"/> 貧血検査	<input type="checkbox"/> 心電図検査
<input type="checkbox"/> 肝機能検査	<input type="checkbox"/> その他 ()

受診結果報告

受診結果について以下のとおり報告いたします。

受診日： _____ 月 _____ 日

医療機関名： _____

受診結果：

- ・異常なし
- ・ _____ か月後に再度受診
- ・治療開始
- ・その他 ()