

# 健康診断の結果で再検査等が必要と判定された方へ

令和 年 月 日

様

健康診断の結果で、下記のとおり再検査・精密検査・治療が必要と判定されました。

つきましては、本日から○ヶ月以内に医療機関を受診し、この用紙に受診結果をご自身でご記入後、下記担当までご提出下さい。

なお、すでに受診済みの場合は、その結果をご記入下さい。

その他、ご不明な点があればお問い合わせ下さい。

担当者

## 受診結果をご自身でご記入下さい

再検査の受診日 令和 年 月 日

受診先（病院名）

受診が必要な検査項目

医師からの説明で、該当する項目に○をつけて下さい。

- 1 異常なし
- 2 何かあるが、このまま様子を見てよい
- 3 ( ) ヶ月後に再検査を受けて下さい
- 4 更なる精密検査が必要
- 5 治療が必要
- 6 以前から治療（定期検査）継続中

受診が必要な検査項目

医師からの説明で、該当する項目に○をつけて下さい。

- 1 異常なし
- 2 何かあるが、このまま様子を見てよい
- 3 ( ) ヶ月後に再検査を受けて下さい
- 4 更なる精密検査が必要
- 5 治療が必要
- 6 以前から治療（定期検査）継続中