## 健康診断の結果で要再検査・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、要再検査・要精密検査または要治療の判定があり、検査が必要と認められましたので、健康診断の結果を持って早急に医療機関へ受診してください。

医療機関へ受診後は、《受診結果の報告》をご本人が記入していただき、\_\_\_\_\_月\_\_\_\_日までに 担当者へご提出ください。

要再検査・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

<ご本人が記入してください >

## 受診結果の報告

受診した日 令和 年 月 日

受診した医療機関

## 受診結果 (該当の番号に)印をつけ、必要な個所を記入してください)

- 1. 異常なし
- 2. 経過観察 ア. 次回の健康診断まで様子をみてよい

イ.()か月後に再検査

- 3. 更なる精密検査が必要
- 4. 治療が必要 または 治療を開始した
- 5. すでに治療(定期検査)を継続中
- 6. その他(

)