健診結果で「要精密検査」「要治療」の判定があった方へ

所属・部署

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

健診の結果、以下の項目に精密検査または治療が必要である判定がありました。

つきましては、早急に医師の診断を受け、　　　月　　　日までに下記担当者まで受診結果を報告してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精密検査（再検査含む）・治療が必要と判定された検査項目 | | | | | |
|  | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

* 受診結果の報告は、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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

【受診結果の報告】

氏名

受診日　　　　　　　 年　　　　　月　　　　　日

受診医療機関

受診結果　（該当の番号に〇をし、必要な箇所に記入をしてください。）

１　異常なし

２　経過観察 ①　次回健診まで様子をみてよい

②　（　　）か月後に再検査予定

３　更に精密検査が必要

４　治療が必要　または　治療を開始

５　その他