

健康診断結果票

氏名	生年月日		昭和	年	月	日	健診年月日	令和	年	月	日
	性別					年齢	歳				
業務歴			血 圧				(mmHg)				
既往歴			貧血検査	血色素量			(g/dl)				
				赤血球数			(万/mm ³)				
				赤血球容積比			(%)				
自覚症状			肝機能検査	G O T			(IU/l)				
				G P T			(IU/l)				
				γ - G T P			(IU/l)				
他覚症状			血中脂質検査	LDL コレステロール			(mg/dl)				
				HDL コレステロール			(mg/dl)				
				トリグリセライド			(mg/dl)				
身長			血糖検査	グルコース			(mg/dl)				
				H b A 1 c			(%)				
体重			尿検査	糖			- + ++ +++				
腹囲				たん			- + ++ +++				
視力	右	()	心電図検査								
	左	()									
聴力	右 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	医師の診断								
	4000Hz	1 所見なし 2 所見あり									
	左 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり									
	4000Hz	1 所見なし 2 所見あり									
胸部エックス線検査	直接 間接 撮影 年 月 日		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 就業可 (就業上の注意) <input type="checkbox"/> 就業不可								
フィルム番号	No.										
備考			健康診断を実施した機関及び医師の氏名								

備考

- 1 太枠内は、本人が記入すること。
- 2 「視力」の欄は、矯正していない場合は () 外に、矯正している場合は () 内に記入すること。
- 3 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。
- 4 「医師の意見」の欄は、就業の可否について記入すること。なお、就業可であっても就業上の注意が必要な場合、医師の意見を記入すること。

主治医殿御侍史

健康診断結果について (お願い)

学校長

日頃は本校職員が大変お世話になっております。このたび定期健康診断の結果、次のとおり医療、精密検査、再検査を要するものと判定されました。なお、「治療中」及び「要観察」の項目は、引き続きご指示をお願いいたします。

つきましては、ご多忙中お手数とは存じますが、診断結果を下記にご記入いただき、本人にお渡しくださいますようお願い申し上げます。

検診日			
氏名		性別	年齢
所属			
健康診断結果	太枠部分受託者が記載		

診断結果のお知らせ

精検受診日	
医療機関名	

診断結果は以下のとおりとなりましたのでお知らせします。

受診者氏名		性別	年齢
診断名			
今後の処置	1. 特記事項なし 2. その他 (自由記載)		
職場での生活上の注意点	1. 特記事項なし 2. その他 (自由記載)		
その他	1. 特記事項なし 2. その他 (自由記載)		

診療情報提供書
(胸部検診精密検査依頼書)

主治医 様

で実施しました検診の結果、精密検査を要するものと判定いたしました。
つきましては、御多忙中恐縮に存じますが、御高診、御治療のほどよろしくお願ひ申し上げます。
また、その結果につきまして別紙「胸部検診精密検査結果報告書」に御記入の上御返信くださいますようお願い申し上げます。

胸部検診 検診日 ABC 様	検診場所	
	住 所	
	備 考	

画像添付	● 部 位
	● 所 見
	● 判 定
年 月 日	

胸部検診精密検査結果報告書

患者氏名 検診日
 生年月日 (歳) 検診場所
 性 別 住 所

精検実施日 (または受診日)	年 月 日	下記の各項目に【○】印など御記入をお願いいたします。
検査方法	1. X線 2. 気管支鏡 3. 細胞診 4. 組織診 5. CT 6. 高分解能CT 7. その他 ()	
診断名	1. 異常認めず 2. 原発性肺がん 3. 肺がんの疑い 4. 転移性肺がん (原発部位:) 5. 縦隔腫瘍 () 6. 慢性気管支炎 7. 肺気腫 8. 陳旧性炎症性変化 9. 慢性肉芽腫 10. 肺内リンパ節 11. 肺炎 12. 器質化肺炎 13. 肺結核 14. 非結核性抗酸菌症 15. 間質性肺炎 16. じん肺 17. 胸膜炎 18. 無気肺 (部分無気肺) 19. 気胸 20. 心疾患 () 21. その他の疾患 ()	
主な病変の位置	診断後の処置 (方針)	
左上葉、左下葉	1. 放置 2. 化学療法 3. 放射線療法	
右上葉、右中葉、右下葉	4. 手術予定 (平成 年 月 日 予定)	
縦隔	5. 手術済 (平成 年 月 日)	
	6. 経過観察 (ヶ月)	
	7. 他院へ紹介 病院名: ()	
	紹介先医師名: ()	
	8. その他 ()	
陰影についてのコメントなど		
記入年月日	年 月 日	
医療機関名	御担当医師名	

※検査後の確定診断、予後の調査をさせていただく事がありますのでご協力をお願いいたします。
 ※別添の返信用封筒にて投函ください。