

医療機関主治医 殿

発行日

一般財団法人 杜の都産業保健会  
一番町健診クリニック

**秘** 再検査・精密検査・治療のご依頼について

本書持参の方は当保健会での健診の結果、下記の項目について再検査・精密検査・治療を要すると思われま。別に持参した健康診断報告書をご参照のうえ、ご高診方よりよろしくお願い申し上げます。

当保健会では要精検者の追跡調査を実施しております。  
この用紙は、当保健会の追跡調査のみに使用され、その他の目的に使用することはございません。  
ご協力を頂ける際には、下記に精検結果をご記入の上お知らせくださいますようお願い申し上げます。  
**尚、お送りいただいた結果をご本人に通知することはありません。**

受診者氏名	性別	
	生年月日	
	年齢	
事業所		

\*\*\* 一次検診結果 \*\*\*

一次検査日	ID	
受診科目	異常内容	判定基準

\*\*\* 二次検診・精査結果報告書 \*\*\*

検査日	年 月 日			
実施検査				
所見				がんを疑う所見等を認めた場合は、こちらにご記入くださいますようお願い申し上げます。 ↓
診断名				
判定	A:異常なし	B:軽度異常	C:要経過観察	D2:要精密検査 D1:要治療
備考				
	年 月 日	医療機関名 医師名	印	



料金受取人払郵便

仙台東局

承認

3123

差出有効期限

2024年

10月31日まで

切手を貼らずに  
お出し下さい。

983-8790

仙台市宮城野区小鶴一丁目二十一ー八

一般財団法人

社の都産業保健会

行

附属仙台健診センター

巡回健診部保健看護課（保健）



◇ 健康は幸福の原点です ◇

(差出人)

住所

名称

0

② 折目 (山折りにしてください)

③ 折目 (山折りにしてください)

① 折目 (山折りにしてください)

のりしろ