

## 早期医療機関受診の勧め

今回、実施させていただきました健康診断の結果で、下記に記載○で囲った項目について医療機関での精密検査の受診をお勧めします。

医療機関を受診するには、本紙・健康保険証・健康診断結果票を持参して下さい。

受診が終わりましたら、この用紙をご担当者様へご提出下さい。

項目				
会社名				
所属				
受診日			受診 NO.	
氏名		性別	生年月日	

### ご担当先生御机下

上記の方に対して精密検査又は治療をするよう指示しましたので、ご高診くださいますようお願い致します。

二次検査結果	二次検査日： 年 月 日 ( )
	検査時の血圧 ① ( / ) ② ( / )
	検査数値：
	【検査結果後のコメント】
	医療機関名：
	所在地：
	医師名：

今後とも健康管理活動へのご理解ご協力を宜しくお願い申し上げます。

## ＜ 検 査 結 果 ＞

項 目 名	単 位	数 値	判 定
血 圧 測 定		/	
		/	
尿 検 査	尿蛋白		
	尿 糖		
	尿潜血		
血 液 一 般	白血球数		
貧 血 検 査	ヘマトクリット		
	赤血球数		
	ヘモグロビン		
脂 質	中性脂肪		
	HDLコレステロール		
	LDLコレステロール		
肝 機 能	AST		
	ALT		
	γ-GTP		
	ALP		
腎 機 能	クレアチニン		
	eGFR		
糖 代 謝	空腹時血糖		
	HbA1c (NGSP値)		
痛 風	尿 酸		
心 電 図	所 見		
胸 部 X 線 (撮影方法)	所 見		
便 潜 血	1回目	(-)	
	1回目定量	160以下	
	2回目	(-)	
	2回目定量	160以下	
腫 瘍 マ ー カ ー	CEA		
	AFP		
	CA19-9		

A：異常なし    B：軽度異常    C：要注意・要生活改善    D：要再検査または要精密検査    E：治療中