

医療機関主治医 殿

秘 二次受診の依頼について

平素は当院の健診業務に対し格別なご理解を賜り、厚くお礼申し上げます。

本書持参の方は当院での健診の結果、下記項目について治療・精密検査を要すると思われる。別に持参した成績表をご参照のうえ、御高診のほどよろしくお願い申し上げます。

また、当院では二次受診者の追跡調査を実施しております。御多忙中恐縮ですが、下記に受診・精検結果をご記入のうえお知らせくださるようお願い申し上げます。御送付の際には、同封の返信用封筒をご利用ください。

受診者氏名	性別	
	生年月日	
	年齢	

\* \* \* 一 次 検 診 結 果 \* \* \*

一次検査日		I D	
異常検査項目	異常内容		

\* \* \* 二 次 検 診 ・ 精 検 結 果 報 告 書 \* \* \*

受診日	年 月 日
精検方法	
受診・精検結果	
診断名	
判定	A:異常なし B:ほぼ正常 C:要経過観察 D:要治療
備考	

年 月 日

医療機関名  
医師名

印