様式第31号(第9条関係)

検診書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　　健康福祉センター所長　様 |  | 健康福祉センター受理 |
|  |

医療機関の所在地および名称

担当医師

　さきに依頼のありました検診の結果は、下記のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者名 | | (　　歳)男・女 | | | | | |
| 傷病名 | | (1)  (2)  (3) | | | | | |
| 主病に○印を付してください。 | |
| 病状 | | (1)  (2)  (3) | | | | | |
| 理学的所見 | |  | | | | | |
| 詳細に記入してください。 | |
| 臨床検査結果 | |  | | | | | |
| その他 | |  | | | | | |
| A診療について | 該当事項に○印を付してください。 | | |  | B稼働について | 該当事項に○印を付してください。 |  |
| 1　診療を要しない。  2　診療を要する。  (1)　通院見込み　　　　　　箇月  (2)　入院見込み　　　　　　箇月 | | | | | 1　現在受療しつつ可能である。  (1)軽作業  (2)普通作業  2　あと　　箇月で稼働見込みあり。  3　稼働能力なし。  (1)家事程度可能  (2)家事不能  4　その他 | | |
| ※　健康福祉センター嘱託医意見 | | |  | | | | |

(注)　この検診書は、健康福祉センター所長あて直接送付してください。