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。