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

　先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  　主病に○印を付してください。 | | (1)  (2)  (3) | | |
| 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。