

20 年度

書類提出日：

20 年 月 日

定期健康診断確認シート

健康診断を受診したら必ずこのシートをご提出ください。

施設名：

職員氏名：

雇用形態：

☐正職員 ☐パート☐定期健康診断を受診しました。

受診日時： 20 年 月 日 () : ~ :

医療機関名：

施設長記入欄

1. 健診結果確認

☐「再検査」項目なし ※記入終了です。園で保管してください。☐「再検査」項目あり（再検査項目：)

2. 本人と面談

面談実施日： 20 年 月 日 () ☐再検査の受診勧奨した

面談内容：

3. 再検査受診

【再検査項目1】

【再検査項目2】

【再検査項目3】

受診日時：

20 年 月 日 () : ~ :

受診日時：

20 年 月 日 () : ~ :

受診日時：

20 年 月 日 () : ~ :

医療機関名：

医療機関名：

医療機関名：

4. 再検査結果

再検査結果聞いた日：

20 年 月 日 ()

再検査結果聞いた日：

20 年 月 日 ()

再検査結果聞いた日：

20 年 月 日 ()

結果提出日：

20 年 月 日 ()

結果提出日：

20 年 月 日 ()

結果提出日：

20 年 月 日 ()

☐異常なし ☐軽度異常☐異常なし ☐軽度異常☐異常なし ☐軽度異常☐経過観察 ☐要治療☐経過観察 ☐要治療☐経過観察 ☐要治療

特記事項：

特記事項：

特記事項：

5. 要治療の場合

治療開始日：

20 年 月 日 ()

治療開始日：

20 年 月 日 ()

治療開始日：

20 年 月 日 ()

業務を行うにあたって特に注意すること

業務を行うにあたって特に注意すること

業務を行うにあたって特に注意すること