

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

<input type="checkbox"/> 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 ()
<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 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