

精密検診依頼書（血液）

令和 年 月 日

担当医様
事務担当者様

平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

職員の健康診断（血液検査）を実施した結果、次の職員に係る精密検診が必要になりましたので、異常所見の診断に必要な精密検診の実施についてご協力をお願いいたします。

検査にあたり、北海道は文書料を負担いたしますが、検査料は本人負担となりますので、必要な検査について職員へ説明の上、実施くださいますようお願いいたします。

精密検診受診票には検診結果をご記入頂き、文書料の請求書と併せて職員へお渡し頂くか職員の所属へお送りください。

また、文書料以外の検査費用については、本人へ請求してください。

※ 白血球の検診結果に係る数値に異常がある場合は、血液像を併記するようお願いいたします。

記

異常所見があり、精密検診（血液）に該当する職員

氏名 性別 生年月日 歳

精密検診受診票
（血液）

| | | | | | | | | | |
|--------------|----------|----|------|----|-------|-------|---|------|--|
| 職員番号 | 氏名(フリガナ) | 性別 | 生年月日 | 年齢 | 身分区分 | 処理区分 | 秘 | 整理番号 | |
| 第一次健診受診日 | 号 | | | | 所属コード | 所 属 名 | | | |
| (該当年度4月1日現在) | | | | | | | | | |

検査項目（方法）と検査結果（数値）並びに所見を記入してください。（該当するところは○で囲む）

| 第一次健康診断結果 | | | 精密検査項目 | | 担当医師記入欄 | |
|-----------|---|------|-----------------|-------|----------|--|
| 区分 | 項目 | 検査数値 | 検査結果(数値)と所見(病名) | | 判定(コメント) | |
| 19尿酸 | 尿 酸 | | | 精検実施日 | | 1 要治療 入院 カ月 通院 カ月 服薬治療開始 カ月後) |
| 21酵素 | G O T G P T γ - G T P | | | | | 2要観察 (カ月後) (食事療法・運動療法) |
| 22脂質 | LDLコレステロール HDLコレステロール 中性脂肪 総コレステロール | | | | | 3異常なし 4治療中 |
| 23糖 | ヘモグロビンA1c (NGSP) 血 糖 | | | | | |
| 26白血 | 白 血 球 赤 血 球 | | | 精検実施日 | | 1 要治療 入院 カ月 通院 カ月 服薬治療開始 カ月後) |
| 27赤血 | ヘモグロビン ヘマトクリット 平均赤血球容積 平均血色素量 平均赤血球色素濃度 | | | | | 2要観察 (カ月後) (食事療法・運動療法) |
| 28血小 | 血 小 板 | | | | | 3異常なし 4治療中 |
| 29腎 | 血清クレアチニン eGFR | | | 精検実施日 | | 1 要治療 入院 カ月 通院 カ月 服薬治療開始 カ月後) |
| | | | | | | 2要観察 (カ月後) (食事療法・運動療法) |
| | | | | | | 3異常なし 4治療中 |
| | | | | | | |
| | | | | 精検実施日 | | 1 要治療 入院 カ月 通院 カ月 服薬治療開始 カ月後) |
| | | | | | | 2要観察 (カ月後) (食事療法・運動療法) |
| | | | | | | 3異常なし 4治療中 |
| | | | | | | |
| | | | | 精検実施日 | | 1 要治療 入院 カ月 通院 カ月 服薬治療開始 カ月後) |
| | | | | | | 2要観察 (カ月後) (食事療法・運動療法) |
| | | | | | | 3異常なし 4治療中 |
| | | | | | | |

医師コメント記入欄

医療機関名

医 師 名

診断年月日 平成 年 月 日

(当該年度 4 月 1 日現在)

(B 4 版)