

印刷仕様書

市民健康部 健康課

件名	受診結果報告書		
紙質	別添（見本）のとおり 見本は財政課契約グループで確認いただけます。		
印刷	別添（見本）のとおり		
規格	A4		
形状	3枚複写 ノーカーボン 天糊付け 1冊50部		
数量	20冊	校正	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 否
納入期限	令和5年7月1日	納入場所	健康課（かが交流プラザさくら）
<p>その他連絡事項（校正担当課・グループ名 健康課・健康増進グループ 担当者 中嶋） （外線 72-7865）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住所欄にある（ ）区）を（ ）地区）に変更してください。 ・納入期限前に納品が可能な場合は、早急に納品をお願いします。 <p>※発注業務にかかる特許等を使用する場合は、受注業者において実施許諾を受けていること。なお、受けている場合は許可番号を表示すること。 ※納入に際しては、事前に担当課の確認を受けた上で、納入場所へ納入し納品書に受領者印をもらって財政課へお出しください（原稿及び見本は担当課に返してください）。 ※納入期限は厳守してください。</p>			

医療機関長様

加賀市市民健康部長

健診結果「要医療」受診状況確認について

下記の方は、健診の結果、医療を要すると思われるので、ご高診の程よろしくお願いたします。
 要医療の項目は下記のとおりです。本人持参の「健診結果のお知らせ」等を併せてご参照ください。
 なお、結果につきましては、ご記入の上、本人の同意を得て同封の返信用封筒で連絡いただきますよう、
 よろしくお願いたします。又、市の保健指導の利用が望ましいと思われる方のご紹介も併せてお願いたします。

受診結果報告書

フリガナ 対象者名	男・女	個人番号		
		健診受診日	年	月
住所	加賀市	()区	年齢	歳
要医療となった 項目	血圧:(/) 血糖: ^{空腹時・随時} () () HbA1c () 尿: () () 蛋白 潜血 LDL:() <small>コレステロール</small>	心電図:		

受診・ 診断結果	●医療機関受診日 年 月 日	●診断名・治療方針 等
	1.治療の必要なし 2.要指導・助言 3.要治療 4.治療中	●受診時に実施した検査結果及び処方薬 等
市への 保健指導 について	1.指導を勧めた 2.勧めない 3.その他 ()	
	●市への保健指導希望事項、先生方の指示内容をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 食事指導 … <input type="checkbox"/> 運動指導 … <input type="checkbox"/> 生活指導 … <input type="checkbox"/> 服薬指導 … <input type="checkbox"/> その他 …	
●本人の保健指導利用希望について 1.希望する 2.希望しない 3.その他 ()		

(宛先) 加賀市市民健康部長

医療機関名

医師名

※保健指導の利用希望の有無に関わらず、(加賀市提出用)を市に提出して下さい。

3部複写になっておりますので、(本人控え用)は本人にお渡しください。

問い合わせ先 加賀市健康課 TEL 72-7865

医療機関長様

加賀市市民健康部長

健診結果「要医療」受診状況確認について

下記の方は、健診の結果、医療を要すると思われるので、ご高診の程よろしくお願いたします。
 要医療の項目は下記のとおりです。本人持参の「健診結果のお知らせ」等を併せてご参照ください。
 なお、結果につきましては、ご記入の上、本人の同意を得て同封の返信用封筒で連絡いただきますよう、
 よろしくお願いたします。又、市の保健指導の利用が望ましいと思われる方のご紹介も併せてお願いたします。

受診結果報告書

フリガナ 対象者名	男・女	個人番号		
		健診受診日	年	月
住所	加賀市 (区)		年齢	歳
要医療となった 項目	血圧:(/) 血糖: ^{空腹時・随時} () () HbA1c () 尿:() () 心電図:	蛋白 潜血 LDL:() <small>コレステロール</small>		

受診・ 診断結果	●医療機関受診日 年 月 日 1.治療の必要なし 2.要指導・助言 3.要治療 4.治療中	●診断名・治療方針 等 ●受診時に実施した検査結果及び処方薬 等
	市への保健指導について ●市への保健指導希望事項、先生方の指示内容をご記入下さい。 1.指導を勧めた 2.勧めない 3.その他 () ↓ <input type="checkbox"/> 食事指導… <input type="checkbox"/> 運動指導… <input type="checkbox"/> 生活指導… <input type="checkbox"/> 服薬指導… <input type="checkbox"/> その他… ●本人の保健指導利用希望について 1.希望する 2.希望しない 3.その他 ()	

(宛先) 加賀市市民健康部長 医療機関名 医師名

※上記の内容を市に提出しました。

医療機関長様

加賀市市民健康部長

健診結果「要医療」受診状況確認について

下記の方は、健診の結果、医療を要すると思われるので、ご高診の程よろしくお願いたします。
 要医療の項目は下記のとおりです。本人持参の「健診結果のお知らせ」等を併せてご参照ください。
 なお、結果につきましては、ご記入の上、本人の同意を得て同封の返信用封筒で連絡いただきますよう、
 よろしくお願いたします。又、市の保健指導の利用が望ましいと思われる方のご紹介も併せてお願いたします。

受診結果報告書

フリガナ 対象者名	男・女	個人番号		
		健診受診日	年	月
住所	加賀市 () 区		年齢	歳
要医療となった項目	血圧:(/) 血糖: () () <small>空腹時・随時 HbA1c</small> 尿:() () <small>蛋白 潜血 LDL:()</small> <small>コレステロール</small> 心電図:			

受診・診断結果	●医療機関受診日 年 月 日	●診断名・治療方針 等
	1.治療の必要なし 2.要指導・助言 3.要治療 4.治療中	●受診時に実施した検査結果及び処方薬 等
市への保健指導について	1.指導を勧めた 2.勧めない 3.その他 ()	
	●市への保健指導希望事項、先生方の指示内容をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 食事指導… <input type="checkbox"/> 運動指導… <input type="checkbox"/> 生活指導… <input type="checkbox"/> 服薬指導… <input type="checkbox"/> その他… ●本人の保健指導利用希望について 1.希望する 2.希望しない 3.その他 ()	

(宛先) 加賀市市民健康部長	医療機関名
	医師名