

医療機関の方へ

定期健康診断／生活習慣病検診／人間ドック／レディース健診で再検査または精密検査が必要と診断されましたので、二次検査をお願いいたします。検査結果を下記にご記入・捺印頂き、受診者本人にお渡し願います。

テルモ健康保険組合

## 二次検査の結果について

年 月 日

受診者名		会社名	
生年月日	昭・平・令 年 月 日	勤務地名	
一次検査日	年 月 日	社員番号	
二次検査日	年 月 日	健康保険証 記号・番号	

こちらの枠内は受診者

検査内容	
------	--

検査結果	
------	--

医師所見	
------	--

医療機関記入欄

検査機関名

医 師

テルモ健康保険組合