

職員健診を受けられた方へ

今年度の職員健診（札幌複十字総合健診センター）の結果、**再検査・精密検査**が必要だった方は、**速やかにお近くの医療機関を受診して下さい**（尚、再検査受診は、自己負担となりますのでご了承下さい）。また、医療機関を受診した結果を、自己申告としてこの用紙に記載し、**保健センター（学内便31）内科看護室**まで返送して下さいますようご協力をお願い致します。 （※電話・E-mailでの連絡はご遠慮下さい）

～ 再検査・精密検査が必要だった方は、 下記の記載、または○で囲んで下さい ～

所属（部・課）： _____

職員番号： _____

氏名（フリカナ）： _____（ _____ ）

・あなたの職員健診日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

・再検査を受けた日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

・再検査の医療機関名： _____ 札幌複十字総合健診センター _____ ・ その他の医療機関

・再検査が必要だった項目を○で囲んで下さい（複数の場合は、
心電図 ・ 高血圧 ・ 低血圧 ・ 貧血 ・ コレステロール
血中脂質 ・ 尿酸値 ・ 肝機能 ・ 糖代謝 ・ 胸部レントゲン
尿糖 ・ 尿潜血 ・ 尿たんぱく ・ 尿沈査 ・ 内科診察 ・ 聴力検査
すべてお書き下さい）

その他（ _____ ）

・再検査の結果について、下記の項目に○をつけ、記載をして下さい

① 疾患名（ _____ ） 治療の必要なし ・ 治療の必要あり

再検査（ _____ ヶ月後） ・ 通院治療が必要 ・ 経過観察でよい

生活習慣の改善（食事・運動等）が必要 ・ 以前からの治療の継続 ・ その他（ _____ ）

② 疾患名（ _____ ） 治療の必要なし ・ 治療の必要あり

再検査（ _____ ヶ月後） ・ 通院治療が必要 ・ 経過観察でよい

生活習慣の改善（食事・運動等）が必要 ・ 以前からの治療の継続 ・ その他（ _____ ）

③ 疾患名（ _____ ） 治療の必要なし ・ 治療の必要あり

再検査（ _____ ヶ月後） ・ 通院治療が必要 ・ 経過観察でよい

生活習慣の改善（食事・運動等）が必要 ・ 以前からの治療の継続 ・ その他（ _____ ）

④ その他（ _____ ）

※ 職員健診は、労働安全衛生法に定めるもので、この報告は「健康診断実施後の措置」などに必要なものです。
毎年実施される職員健診で、あなたの健康を守りましょう。ご協力ありがとうございます。

※ If you have a question, Please ask to Hokudai Health Care Center of internal medicine's nurse. Thank you.

北海道大学保健センター センター長 橋野 聡

内科看護師 川原 由佳子・折戸 智恵子（内線 5502・5484）