様式第22号(第7条関係)

検診書

年　　月　　日

　八頭町福祉事務所長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 医療機関の所在地及び名称(所)長担当医師 | 印 |

|  |  |
| --- | --- |
| 検診を受ける者の居住地及び氏名 | 　　　　　　　　　　　　　(　　　　歳　男・女　) |

　上記の者に対する検診結果は、下記のとおりです。

記

1　傷病名

2　病状

3　診療の要否、診療の方法等に関する意見

4　稼働の可否に対する意見

5　その他

注　この検診書は、八頭町福祉事務所長あてに直接送付してください。