（様式第２号）

　年　月　日

受診番号

　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市町名

肺がん検診結果通知書

　　　　月　　日に実施しましたあなたの検診結果は次のとおりでしたのでお知らせします。（○印があなたの結果です。）

１　精検不要

　　　定期的に検診を受けましょう。

２　要精検

　　　更に詳しい検査が必要ですから、適切な医療機関で直ちに精密検査を受

　　けてください。

　（注）医療機関に行くときは、本通知書を持参し、別添の精密検査依頼書を医

　　　師に提出してください。

　　　　なお、医療機関を受診されるときには、健康保険が適用されますので、

　　　必ず保険証を持参してください。