# 受 診 状 況 一 覧

**事業所名**

| | 受診者氏名 | 受診項目 | 受診日 | 医療機関名 | 受診費用(円) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | 定期健康診断 | 年　月　日 | | |
| | | 精神保健相談 | 年　月　日 | | |
| 2 | | 定期健康診断 | 年　月　日 | | |
| | | 精神保健相談 | 年　月　日 | | |
| 3 | | 定期健康診断 | 年　月　日 | | |
| | | 精神保健相談 | 年　月　日 | | |
| 4 | | 定期健康診断 | 年　月　日 | | |
| | | 精神保健相談 | 年　月　日 | | |
| 5 | | 定期健康診断 | 年　月　日 | | |
| | | 精神保健相談 | 年　月　日 | | |
| 6 | | 定期健康診断 | 年　月　日 | | |
| | | 精神保健相談 | 年　月　日 | | |
| 7 | | 定期健康診断 | 年　月　日 | | |
| | | 精神保健相談 | 年　月　日 | | |
| 8 | | 定期健康診断 | 年　月　日 | | |
| | | 精神保健相談 | 年　月　日 | | |
| 9 | | 定期健康診断 | 年　月　日 | | |
| | | 精神保健相談 | 年　月　日 | | |
| 10 | | 定期健康診断 | 年　月　日 | | |
| | | 精神保健相談 | 年　月　日 | | |

**定期健康診断費用合計(A)　　円**

**精神保健相談費用合計(B)　　円**

**合計(A＋B)　　円**

**総合計(受診状況一覧が複数頁ある場合)**

**円**