

(表面)

特定健康診査受診結果通知表

フリガナ		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏 名		性別／年齢	男・女 歳	特定健康診査 受診券番号	

既往・現病			
服 薬		喫 煙	
自覚症状			
他覚症状			

項 目	基 準 値	今 回	前 回	前 々 回
		年 月 日	年 月 日	年 月 日
身 体 計 測	身 長 (cm)			
	体 重 (kg)			
	腹 囲 (cm)			
	B M I			
血 圧	収 縮 期 血 圧 (mmHg)			
	拡 張 期 血 圧 (mmHg)			
血 中 脂 質 検 査	空 腹 時 中 性 脂 肪 (mg/dl)			
	随 時 中 性 脂 肪 (mg/dl)			
	HDL-コレステロール (mg/dl)			
	LDL-コレステロール* (mg/dl)			
	Non-HDLコレステロール* (mg/dl)			
肝 機 能 検 査	A S T (G O T) (U/l)			
	A L T (G P T) (U/l)			
	γ-GT(γ-GTP) (U/l)			
血 糖 検 査	空 腹 時 血 糖 (mg/dl)			
	ヘモグロビンA _{1c} (NGSP値) (%)			
	随 時 血 糖 (mg/dl)			
尿 検 査	糖			
	蛋 白			
	潜 血			

* LDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定に代えられる

(裏面)

赤 血 球 数 (万/mm ³)			
------------------------------	--	--	--

貧血検査	血色素量 (g/dl)				
	ヘマトクリット値 (%)				
心電図検査	所見				
眼底検査	所見				
血清クレアチニン検査	血清クレアチニン値 (mg/dl)				
	eGFR (ml/min/1.73m ²)				
代謝系	尿酸 (mg/dl)				

メタボリックシンドローム判定			
----------------	--	--	--

医師の判断	医師の所見(判定)	
	詳細検査実施の理由	
	検査未実施の理由	
	医師の氏名	

(備考)

1. この用紙は、日本工業規格A列4版とすること。
2. 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。
3. 基準値を外れている場合には、「*」を測定結果欄に記入すること。
4. 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当／予備群該当／非該当」を記入すること。
5. 「医師の判断」の欄は、
 - ①特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
 - ②貧血検査、心電図検査、眼底検査及び血清クレアチニン検査を実施した場合の理由
 - ③基本的な健診項目の一部の検査を実施しなかった場合の理由「生理中/腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する」を記入すること。