

(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 歴 | | | |
| 服 薬 歴 | | 喫煙歴 | |
| 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 | 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) | | | |
| 肝機能検査 | G O T (IU/l) | | | |
| | G P T (IU/l) | | | |
| | γ - G T P (IU/l) | | | |
| 血 糖 検 査 <small>(いずれかの項目の実施で可)</small> | 空 腹 時 血 糖 (mg/dl) | | | |
| | ヘモグロビンA1c (%) | | | |
| 尿 検 査 | 糖 | | | |
| | 蛋 白 | | | |

※ヘモグロビンA1c検査の結果値はNGSP値による検査結果値が記載されていますが、☆が併記されているものは、JDS値による検査結果値のための基準値が異なります。(JDS値基準値3.9~5.2)

(裏面)

| | | | | | |
|-------|---------------------------|--|--|--|--|
| 貧血検査 | 赤血球数 (万/mm ³) | | | | |
| | 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 | | | | |

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

| | |
|-----------|--|
| 医師の判断 | |
| 判断した医師の氏名 | |

(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、心電図検査及び眼底検査を実施した場合の理由を記入すること。