

(表面)

特定健康診査受診結果通知表

フリガナ	氏名	生年月日	年月日	健診年月日	年月日
		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 (いずれかの項目の実施で可)	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 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A4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。