

二次健康診断等の受診結果

受診者のシメイ(カナ)

受診者の生年月日

3 大正
5 昭和
7 平成
9 令和

元号 年 月 日

二次健康診断受診年月日

7 平成
9 令和

元号 年 月 日

事業 の 名 称			
事業 場 の 所 在 地	都 道 府 県	郡 区 市	
二 次 健 康 診 断 結 果	空腹時血中脂質検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	LDLコレステロール (mg/dl)	
		HDLコレステロール (mg/dl)	
		中性脂肪 (mg/dl)	
	空腹時血糖値検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	血糖値 (mg/dl)	
	ヘモグロビンA1c検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	ヘモグロビンA1c検査 (%)	
	負荷心電図検査又は胸部超音波検査 (心エコー検査) <input type="checkbox"/> 左欄が「1」のときは負荷心電図検査を、「3」のときは胸部超音波検査 (心エコー検査)を行っております。	医師の所見	
頸部超音波検査 (頸部エコー検査) <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	医師の所見		
微量アルブミン尿検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	微量アルブミン尿検査 単位を括弧内に記載してください。	()	
特定保健指導 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、特定保健指導を行っております。	医師の所見(面接指導の内容)		

[二次健康診断等の結果における医師の所見 (就業上の措置又は配慮すべき事項)]

氏 名	
--------	--