

特定健康診査受診結果通知表

フリガナ 氏名					
生年月日			健診年月日		
性別		年齢 *1		特定健康診査 受診券番号	

既往歴					
服薬			喫煙		
自覚症状					
他覚症状					

項 目			基準値	今回	前回	前々回
基 本 項 目	身 体 測 定	身 長 (cm)	—			
		体 重 (kg)	—			
		腹 囲 (cm)				
		内 臓 脂 肪 面 積 (cm <sup>2</sup> )				
		B M I				
	血 圧	収 縮 期 血 圧 (mmHg)				
		拡張期血圧 (mmHg)				
	血 中 脂 質 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*2 (mg/dl)				
		non-HDL コレステロール*2 (mg/dl)				
	肝 機 能 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 (いずれかの項目 の実施で可)	空 腹 時 血 糖 (mg/dl)				
		HbA1c (NGSP値) (%)				
		随 時 血 糖 (mg/dl)				
	尿 検 査	糖				
		蛋 白				

\*1 表示年齢は、当該年度末年齢  
\*2 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

項 目			基準値	今回	前回	前々回
詳細項目	貧血検査	赤血球数 (万/mm3)				
		血色素量 (g/dl)				
		ヘマトクリット値 (%)				
	血清クレアチニン検査	血清クレアチニン値 (mg/dl)	—			
		eGFR (ml/min/1.73m2)				
	項 目		今 回	前 回		前 々 回
	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	今回	前回	前々回

医師の判断	医師の所見（判定）	
	測定不可能・検査未実施の理由	
	医 師 の 氏 名	

XXX-XXXX  
  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN (住所)  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN (方書)  
  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN (氏名)