

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		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
基 本 項 目	身 体 測 定	身 長 (cm)		—			
		体 重 (kg)		—			
		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-コレストロール (mg/dl)					
		LDL-コレストロール*2 (mg/dl)					
		non-HDL コレストロール*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コレストロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はnon-HDLコレスト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				

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	

[illegible]