

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)	男性84cm女性89cm以下			
	B M I	24.9以下			
血 圧	収縮期血圧 (mmHg)	~129			
	拡張期血圧 (mmHg)	~84			
血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dl)	~149			
	HDL- コレステロール (mg/dl)	40~			
	LDL- コレステロール (mg/dl)	~119			
肝機能検査	G O T (IU/l)	~30			
	G P T (IU/l)	~30			
	γ - G T P (IU/l)	~50			
血糖検査	空腹時血糖 (mg/dl)	~99			
	ヘモグロビン A1c (%)	~5.5			
尿 検 査	糖	(-)			
	蛋 白	(-)			
貧血検査	赤血球数 (万/mm ³)	360~			
	血色素 (g/dl)	12.1~			
	ヘマトクリット値 (%)	35.5~			
心電図検査	所 見				
眼底検査	所 見				
血清クレアチニン検査	血清クレアチニン値 (mg/dl)				
	eGFR (ml/min/1.73m ²)	60.0~			
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判とすること。
2. 「性別」の欄は、該当する文字を○で囲むこと。
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、クレアチニン検査を実施した場合の理由を記入すること。