

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)			
	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	空腹時血糖 (mg/dl)			
	ヘモグロビン A1c (%)			
尿検査	糖			
	蛋白質			

貧血検査	赤血球数 (万/mm ³)			
	血色素 (g/dl)			
	ヘマトクリット値 (%)			
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			
----------------	--	--	--

医師の判断	
判断した医師の氏名	(印)

(備考)

- この用紙は、日本工業規格A列4判とすること。
- 「性別」の欄は、該当する文字を○で囲むこと。
- 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。
- 「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。
- 「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	}	を記入すること。
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		