特定健康診査受診結果通知表

特定健診受診券整理番号											

フリガナ		生年月日	年　月　日	健診年月日	年　月　日
氏　名		年　齢	歳	性　別	男・女

既　往　歴			
服　薬　歴		喫　煙　歴	
自　覚　症　状			
他　覚　症　状			

項目			基準値	今回 年　月　日	前回 年　月　日	前々回 年　月　日
身体計測	身　長	(cm)				
	体　重	(kg)				
	腹　囲	(cm)	男性84cm女性89cm以下			
	BMI		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 空腹時	(mg/dl)	～149			
	中性脂肪 随時	(mg/dl)	～174			
	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	GOT	(IU/l)	～30			
	GPT	(IU/l)	～30			
	γ-GTP	(IU/l)	～50			
血糖検査	空腹時血糖 空腹時	(mg/dl)	～99			
	空腹時血糖 随時	(mg/dl)				
	ヘモグロビンA1c	(%)	～5.5			
尿検査	糖		(－)			
	蛋　白		(－)			
貧血検査	赤血球数	(万/㎣)	360～			
	血色色素	(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/1.73㎡)	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。