

特定健康診査受診結果通知表

フリガナ					
氏名					
生年月日	年	月	日	健診年月日	年 月 日
性別	男・女	年齢	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
			・ ・	・ ・	・ ・
基 本 項 目	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)				
	Non-HDL コレステロール★ (mg/dl)				
肝 機 能 検 査	G O T (U/l)				
	G P T (U/l)				
	γ - G T P (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)				
	ヘ モ グ ロ ビ ン A 1 c (NGSP 値) (%)				
	随 時 血 糖 (mg/dl)				
尿 検 査	糖				
	蛋 白				

★LDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上また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/mm ³)			
		血色素量 (g/dl)			
		ヘマトクリット値 (%)			
	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)				
	e G F R (ml/min/1.73m ²)				

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	
判断した医師の氏名	

(備考)

1. 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。
2. 「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。
3. 「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、眼底検査及び血清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。