

健診結果記入票

- ◆人間ドックやパート先での定期健診は、特定健康診査の受診に代えることができますので、本用紙に健診結果の転記をお願いします。
- ◆本用紙のすべての項目を記入してください。
- ◆標準的な質問票「22項目」を必ず添付してください。

加入者番号		枝番	生年月日	性別	受診者氏名	
記号	番号	(※)	年 月 日	男・女	フリガナ	漢字
住所	〒					
電話	-		-		(※) 不明な場合は省略可	

必須項目			回答欄	
健診年月日 (記入漏れにご注意ください)			年	月 日
身体計測	身長		.	cm
	体重		.	kg
	BMI		.	kg/m ²
	腹囲 又は 内臓脂肪面積 (BMI20未満の場合は不要)	腹囲	.	内臓脂肪面積 cm
血圧	最高血圧 (収縮期血圧)			mmHg
	最低血圧 (拡張期血圧)			mmHg
血中脂質	HDLコレステロール			mg/dl
	LDLコレステロール	『NON-HDLコレステロール』を記入した場合、空白でも可。		mg/dl
	NON-HDLコレステロール (*1)	『LDLコレステロール』を記入した場合、空白でも可。		mg/dl
	中性脂肪 (トリグリセリド)			mg/dl
肝機能	GOT (AST)			IU/l
	GPT (ALT)			IU/l
	γ-GTP (γ-GT)			IU/l
血糖	空腹時血糖	『HbA1c』を記入した場合、空白でも可。		mg/dl
	HbA1c	『空腹時血糖』を記入した場合、空白でも可。		%
	随時血糖 (*2)	『空腹時血糖』、『HbA1c』のどちらか一方を記入した場合、空白でも可。	.	mg/dl
尿検査	尿中の糖	女性の場合、省略可。	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+以上 <input type="checkbox"/> 排尿障害等	
	尿中の蛋白	女性の場合、省略可。	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+以上 <input type="checkbox"/> 排尿障害等	
所見	他覚症状		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	既往歴		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	自覚症状		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

(*1) 食後採血か中性脂肪400mg/dl以上の場合。

(*2) 食後3.5時間以上。