

特定健診結果記入票(複数)

健診機関から受理した健診結果票より、各項目を本用紙に転記してください。

※質問票必須項目含む

(転記が難しい場合、本用紙に代えて健診結果票の写しを提出することも可能です。)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | | | |
|-------|------------|---------|-------|-----------------------|------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------|------------|--------------------|--------------------|--|--|--|--------------|--------------|--------------------|-------------|---|---|--|--|--|---|------|-------|-------|---|---|---|---|--------------------------|--|------|--|--|
| 実施年月日 | 学校記号 番号 | 個人番号 | カナ氏名 | 生年月日 | 男女 区分 | 身長 | 体重 | 腹囲 | 最高 血圧 | 最低 血圧 | HDLコ レステ ロール | LDLコ レステ ロール | non-HDLコ レステ ロール | 空腹時 中性 脂肪 | 随時 中性 脂肪 | AST (GOT) | ALT (GPT) | γGT (γ- GTP) | 空腹時 血糖 | HbA1c | 随時血糖 | 採血時間 (食後) | 尿糖 | 尿蛋 白 | 尿検査 未実施 等理由 | 他覚症状 | 既往歴 | 自覚症状 | 服薬1 (血圧) | 服薬2 (血糖) | 服薬3 (脂質) | 喫煙 区分 | 血清ク レアチ ニン | eGFR | | | |
| | | | | ※西暦で 記載して ください。 | 1:男 2:女 | cm 小数点 以下1桁 | kg 小数点 以下1桁 | cm 小数点 以下1桁 | mmHg 整数 | mmHg 整数 | mg/dl 整数 | mg/dl 整数 | mg/dl 整数 ※LDLコレ ステロール があれば 省略でき ます。 ※食直後 または中 性脂肪が 400mg/dl 以上の場 合に記載 してくだ さい。 | mg/dl 整数 ※中性 脂肪は 「トリグ リセリド (TG)」 と表記 される ことも ありま す。 | mg/dl 整数 ※空腹 時中性 脂肪が あれば 省略 できま す。 | IU/l 整数 | IU/l 整数 | IU/l 整数 | mg/dl 整数 | % 小数点 以下1 桁 ※空腹 時血糖 があれ ば省略 できま す。 | mg/dl 整数 ※HbA1c があれば 省略でき ます。 ※食後3.5 時間以上 から10時 間までの 場合に記 載してく ださい。 | 2:食後10 時間以上 3:食後3.5 時間以上 10時間未 満 4:食後3.5 時間未満 | 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++ 6: ++++ 以上 | 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++ 6: ++++ 以上 | 1:生理中 2:排尿障 害 3:その他 ※尿検査 を実施し た場合は 省略でき ます。 | | | | 1:はい (服薬あ り) 2:いい え (服薬な し) | 1:はい (服薬あ り) 2:いい え (服薬な し) | 1:はい (服薬あ り) 2:いい え (服薬な し) | 1:はい (習慣的 に喫煙) 2:以前は 吸ってい たが、最 近1か月 は吸って いない 3:いいえ (上記以 外) ※欄外の 注意書き も参照の うえ、記 入してく ださい。 | mg/dl 小数点 以下2 桁 | ml/min/ 1.73m ² 小数点 以下1桁 | | | |
| 例 | 20240401 | 13A9999 | 00001 | シガク タロウ | 19630802 | 1 | 175.5 | 70.5 | 92.5 | 130 | 80 | 45 | 70 | 100 | 140 | 140 | 35 | 35 | 50 | 100 | 5.2 | 100 | 2 | 1 | 1 | 1 | 心雑音あり | 肝機能障害 | めまい | 2 | 2 | 2 | 2 | 0.30 | 52.5 | | |
| ① | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

○項番1~35までの項目の数値などについて、全て記入して提出してください。

※項番13・14のLDLコレステロール、non-HDLコレステロールについては、実施した項目をご記入ください。

※項番15・16の空腹時中性脂肪及び随時中性脂肪については、どちらか一方実施した項目をご記入ください。

※項番20・21・22の空腹時血糖、HbA1c及び随時血糖については、実施した項目をご記入ください。

※項番24・25については、尿検査が未実施や測定不能であった場合には省略できます。その場合は、項番26を記入してください。

※項番30~32については、服薬(血圧・血糖・コレステロールそれぞれを下げる薬)の有無について、記入してください。

※項番33については、次の条件1と条件2の両方を満たす場合は「1」、条件2のみ満たす場合は、「2」、それ以外は「3」を記入してください。

条件1:最近1か月間吸っている。 条件2:生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている。

※項番34・35の血清クレアチニン及びeGFRについては、実施していない場合があります。

実施した場合は記入することで、より個人に合った情報の通知及び特定保健指導が可能です。

(お問い合わせ先)
 東京都文京区湯島1-7-5
 日本私立学校振興・共済事業団
 福祉部保健課健康管理係
 03(3813)5321(代表)