特定健診結果記入票（複数）
※質問票必須項目含む

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。

	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	36
	実施年月日	学校記号番号	個人番号	枝番	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:+++以上 ※未実施等の場合は空欄のままにしてください。	1:－ 2:± 3:＋ 4:++ 5:+++以上 ※未実施等の場合は空欄のままにしてください。	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/1.73㎡ 小数点以下1桁
例 1	20250410	13A9999	00001	00	シガク　タロウ	19730802	1	175.5	70.5	80.5	118	78	40	70	－	140	－	35	35	50	100	5.2	－	2	1	1	－	－	－	－	2	2	2	3	0.30	52.5
例 2	20250601	13A9999	00002	00	シガク　ハナコ	19680701	2	160.3	80.5	92	148	85	45	110	－	－	150	25	23	50	－	5.9	－	4	－	－	1	心雑音あり	肝機能障害	めまい	1	1	1	2	0.86	72.8
①																																				
②																																				
③																																				
④																																				
⑤																																				

○項番１～３６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14・15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16・17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21・22・23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25・26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27を記入してください。
※項番31～33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34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35・36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）

2026.09