

特定健康診査（人間ドック受診）結果票

※ この結果票は全ての項目を埋めて初めて完成ですのでご注意ください。

フリガナ		記号 - 番号 保険証に記載	-	健診 年月日	R 年 月 日
氏 名		生年月日	年 月 日	年齢	続柄

A 薬の使用の有無

①はい、もしくは②いいえに○をしてください

1 血圧を下げる薬	① はい	② いいえ
2 インスリン注射又は血糖を下げる薬	① はい	② いいえ
3 コレステロールを下げる薬	① はい	② いいえ

B 医師から下記の病気にかかっていると言われたり、治療を受けたことがあるものに○をしてください。

脳卒中	心臓病	慢性腎不全	貧血
-----	-----	-------	----

C 現在、たばこを習慣的に吸っている。 ①はい、もしくは、②いいえに○をしてください

① はい	② いいえ
------	-------

項 目 (単位)		検 査 結 果 数 値 (※ 以下、すべての項目を必ず記入のこと。)
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)	
肝 機 能 検 査	G O T (IU/l)	
	G P T (IU/l)	
	Y - G T P (IU/l)	
血 糖 検 査	空 腹 時 血 糖 (mg/dl)	
	ヘモグロビンA1c(NGSP値) (%)	
尿 検 査	糖 (尿 糖) (+/-)	
	蛋 白 (尿 蛋 白) (+/-)	
貧 血 検 査	赤 血 球 数 (万/mm ³)	
	血 色 素 量 (g/dl)	
	ハマトクリット値 (%)	

メタボリックシンドローム判定	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能	該当箇所を○囲い
総合 所見	健診をした医療機関名				
	医師の診断	(※ 治療中・経過観察・要医療・要精査・正常範囲・要再検 など)			
	健診をした医師の名前				

○「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/判定不能」に○を記入すること。

○「医師の判断」の欄は特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見を記入すること。

※ このデータ数値は、健保組合の特定健診事業以外に使用されることはありません。