

# 特定健康診査（人間ドック受診）結果票

※ この結果票は、下記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 <small>保険証や資格確認書、マイナンバー等を参照</small>	-	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      ②いいえ  
①はい、もしくは、②いいえに○をしてください

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	A S T (GOT) (IU/l)	
	A L T (GPT) (IU/l)	
	γ-G T (γ-GPT) (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 <sup>3</sup> )	
	血色素量 (g/dl)	
	ヘマトクリット値 (%)	

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      [該箇所を○で囲う](#)

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。