

# 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

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 S T (GOT) (IU/l)	
	A S T (GOT) (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○で開く](#)

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。

