

## 特定健康診査受診結果通知表

フリガナ					
氏名					
生年月日	年	月	日	健診年月日	年 月 日
性別	男・女	年齢※	歳	特定健康診査 受診券番号	

既往歴				
服薬歴			喫煙歴	
自覚症状				
他覚症状				

項 目		基準値	今回	前回	前々回
			H . .	H . .	H . .
基 本 項 目	身 体 計 測	身 長 (cm)			
		体 重 (kg)			
		腹 囲 (cm)			
		B M I			
血 圧	血 圧	収 縮 期 血 圧 (mmHg)			
		拡 張 期 血 圧 (mmHg)			
血 中 脂 質 査	血 中 脂 質 査	中 性 脂 肪 (mg/dl)			
		H D L - コレステロール (mg/dl)			
		L D L - コレステロール (mg/dl)			
肝 機 能 査	肝 機 能 査	G O T (IU/l)			
		G P T (IU/l)			
		γ - G T P (IU/l)			
血 糖 検 査 (いずれかの項目 の実施で可)	血 糖 検 査 (いずれかの項目 の実施で可)	空 腹 時 血 糖 (mg/dl)			
		ヘ モ グ ロ ビ ン A 1 c (%)			
尿 検 査	尿 検 査	糖			
		蛋 白			

※表示年齢は、当該年度末年齢

項	目	基準値	今回	前回	前々回
			H . .	H . .	H . .
貧血検査	赤血球数 (万/m <sup>3</sup> )				
	血色素量 (g/dl)	記号			
	ヘマトクリット値 (%)				
項目		今 回	前 回	前 々 回	
詳細項目	心電図検査	所 見			
	眼底検査	所 見			

メタボリックシンドローム判定	今 回	前 回	前 々 回

医師の判断	
判断した医師の氏名	

- (備考)
- この用紙は、日本工業規格A列4版とすること。
  - 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。
  - 基準値を外れている場合には、「\*」を測定結果欄に記入すること。
  - 「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」を記入すること。
  - 「医師の判断」の欄は、
    - ①特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
    - ②貧血検査、心電図検査及び眼底検査を実施した場合の理由を記入すること。