

## 特定健康診査受診結果通知表

|             |     |       |       |                 |       |
|-------------|-----|-------|-------|-----------------|-------|
| 記号・番号       | 87- | 生年月日  | 年 月 日 | 健診年月日           | 年 月 日 |
| フリガナ<br>氏 名 |     | 性別／年齢 | 男・女 歳 | 特定健康診査<br>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 |
|---------------------------------------|---------------------|----------------------|-------|-------|
|                                       |                     | 年 月 日                | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 身体計測                                  | 身長 (cm)             |                      |       |       |
|                                       | 体重 (kg)             |                      |       |       |
|                                       | 腹 囲 (cm)            | 男性85cm未満<br>女性90cm未満 |       |       |
|                                       | B M I               | 18.5～24.9            |       |       |
| 血 圧                                   | 収縮期血圧 (mmHg)        | 130未満                |       |       |
|                                       | 拡張期血圧 (mmHg)        | 85未満                 |       |       |
| 血中脂質検査                                | 中 性 脂 肪 (mg/dl)     | 150未満                |       |       |
|                                       | HDL-コレステロール (mg/dl) | 40以上                 |       |       |
|                                       | LDL-コレステロール (mg/dl) | 120未満                |       |       |
| 肝機能検査                                 | G O T (IU/l)        | 30以下                 |       |       |
|                                       | G P T (IU/l)        | 30以下                 |       |       |
|                                       | γ - G T P (IU/l)    | 50以下                 |       |       |
| 血糖検査<br><small>(いずれかの項目の実施で可)</small> | 空腹時血糖 (mg/dl)       | 100未満                |       |       |
|                                       | ヘモグロビンA1c (%)       | 5.2未満                |       |       |
| 尿 検 査                                 | 糖                   | (-)                  |       |       |
|                                       | 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 (%)              |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
|----------------|--|--|--|

|           |  |
|-----------|--|
| 医師の判断     |  |
| 判断した医師の氏名 |  |

- (備考)
1. この用紙は、日本工業規格A列4版とすること。
  2. 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。
  3. 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。
  4. 「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」を記入すること。
  5. 「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。