

健診結果記入表

| | | | | | |
|-------|--|---------|--|----|-------|
| ふりがな | | 生年月日 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏名 | | 電話番号 | | 年齢 | 歳 |
| 健診受診日 | | e-mail※ | | | |

※メールでの連絡を希望される方は、ご記入ください

| | | | | | |
|----------------------|--|-----------|-------------|--|--|
| 採血をしたのは 食後何時間でしたか | ※3.5時間未満 ・ 3.5時間～10時間未満 ・ 10時間以上 ※に該当の場合、HbA1cが未実施だと対象外です | | | | |
| 既往歴 | なし ・ あり () | | | | |
| 服薬 | なし ・ あり (高血圧・糖尿病・脂質異常症・その他 _____) | | | | |
| 喫煙 | 現在たばこを習慣的に吸っていますか 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、または合計100本以上吸っている | | | | |
| | ①条件1と条件2を両方満たす | ②条件2のみ満たす | ③いいえ (①②以外) | | |
| 自覚症状 | なし ・ あり () | | | | |
| 他覚症状 | なし ・ あり () | | | | |
| メタボリックシンドローム判定 | 非該当 ・ 予備軍該当 ・ 該当 | | | | |
| 医師の判断 | | | | | |
| 実施機関名 | | 医師氏名 | | | |

◆健診結果のコピーを送付される方は、以下の項目は記入不要です。

| 項目 | | 今回の結果 | 項目 | | 今回の結果 |
|------|------------------|-------|---------|-----------------------------------|-------|
| 身体計測 | 身長 (cm) | | 脂質 | 中性脂肪 (mg/dL) | |
| | 体重 (kg) | | | HDLコレステロール (mg/dL) | |
| | BMI | | | LDLコレステロール (mg/dL) | |
| | 腹囲 (cm) | | 糖代謝※ | 空腹時血糖 (mg/dL) | |
| 血圧 | 収縮期血圧 (mmHg) | | | HbA1c (NGSP値) (%) | |
| | 拡張期血圧 (mmHg) | | 尿糖 | | |
| 肝機能 | AST (GOT) (IU/L) | | 尿 | 尿たんぱく | |
| | ALT(GPT) (IU/L) | | 腎機能 | クレアチニン (mg/dL) | |
| | γ-GT (IU/L) | | (実施者のみ) | eGFR (mL/min/1.73m ³) | |

特定健康診査受診券の同封をお願いいたします

| | | |
|--------|----------|---|
| 保健所記入欄 | 通知番号/被保番 | / |
|--------|----------|---|