

個人別健康診断結果報告書

| | | | | | | | |
|-----------------|-------------|------|-------------|----|---|----|-----|
| 被保険者証の 記号・番号 | - | フリガナ | 事業所名 | | | | |
| | | 氏名 | | | | | |
| 健診日 | 令和 年 月 日 | 生年月日 | 昭平 年 月 日 | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 |

◆必須項目

| 検査項目 | 検査結果 | 判定 |
|--|--------------------------------|-------------|
| 身体計測 | 身長 | cm |
| | 体重 | kg |
| | BMI | |
| | 腹囲 ※妊娠中の場合は、 その旨ご記入ください。 | cm |
| | 身体診察 及び他覚症状 | |
| 血圧 | 収縮期 | mmHg |
| | 拡張期 | mmHg |
| 生化学 | HDL-Cho | mg/dl |
| | LDL-Cho | mg/dl |
| | ※1 Non-HDL | mg/dl |
| | 中性脂肪 | mg/dl |
| | AST (GOT) | IU/l |
| | ALT (GPT) | IU/l |
| | γ-GTP | IU/l |
| 血糖 | ※2 空腹時血糖 | mg/dl |
| | ※2 HbA1c(NGSP) | % |
| | ※3 随時血糖 | mg/dl |
| 尿 | 尿糖 | - ± + 2+ 3+ |
| | 尿蛋白 | - ± + 2+ 3+ |
| ※生理中または透析中で尿検査を受けられない場合は、その旨ご記入ください。 → | | |

◆選択項目

| 検査項目 | 検査結果 | 判定 |
|----------|-------------------------|---------------------|
| 血液 | 白血球 | $\times 10^2/\mu l$ |
| | 赤血球 | $\times 10^4/\mu l$ |
| | 血色素量 | g/dl |
| | ヘマトクリット | % |
| 心電図 | 所見： なし・あり [] | |
| 眼底精密 | 所見： なし・あり [] | |
| 血清クレアチニン | mg/dl | |
| eGFR | ml/分/1.73m ² | |
| 免疫 | HBs抗原 | - ± + () |
| | HBs抗体 | - ± + () |
| | HCV抗体価精密 | - ± + |
| 胸部X線 | 所見： なし・あり [] | |
| 尿酸値 | mg/dl | |
| 腹部超音波 | 所見： なし・あり [] | |
| 便潜血 | - ± + | |

注：※1の検査は、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDL-Choに代えて実施することを可とする。
どちらかは必ず行うこと。

注：※2の検査は、それぞれいずれか1項目で可とする。

注：※3の検査は、やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c(NGSP値)を測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖による血糖検査を行うことを可とする。但し、その場合の採血時間は食後3.5~10時間未満とみなす。

※実施した検査結果が「所見あり」の場合、詳細をご記入ください。
※判定欄の記入は任意です。
※記入される場合、判定分類・基準等は各医療機関のもので結構です。

◆必須項目（特定健診）についての医師の判断

| | | | | | |
|---------------|--------|---------|-----------|--------|--------|
| 1. 所見なし | 2. 略正常 | 3. 経過観察 | 4. 要再検 | 5. 要治療 | 6. 治療中 |
| コメント [] | | | | | |
| 実施医療機関名 _____ | | | 医師名 _____ | | |