

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（特定健診）

検査項目		検査結果	判定	
身体計測	身長	cm		
	体重	kg		
	BMI			
	腹囲	cm		
			※妊娠中の場合は、その旨をご記入ください。	
	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	空腹時	mg/dℓ	
		♣随時中性脂肪の場合は、右下部へ。		
	AST(GOT)	IU/ℓ		
	ALT(GPT)	IU/ℓ		
γ-GT(γ-GTP)	IU/ℓ			
血糖 ※2	空腹時血糖	mg/dℓ		
	HbA1c(NGSP)	%		
	※3 随時血糖	mg/dℓ		
尿	尿糖	- ± + 2+ 3+		
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+		
		※尿検査未実施の場合は、その理由に○をつけてください。	→ 生理中・透析中	

◆選択項目

検査項目		検査結果	判定
血液	白血球	×10 ² /μℓ	
	赤血球	×10 ⁴ /μℓ	
	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	- ± +		

- ※1 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。
 ※2 いずれか1項目でも可とする。
 ※3 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、随時血糖で行うことを可とする。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。
 判定分類・基準等は、各医療機関のもので結構です。

※採血時間をどちらか必ず☑してください。	3.5時間未満	3.5~10時間
♣随時中性脂肪	mg/dℓ	

◆必須項目（特定健診）についての医師の判断

1. 異常なし 2. 軽度異常 3. 要再検査・生活改善 4. 要精密検査・治療 5. 治療中

コメント []

実施医療機関名 _____

医師名 _____