

特定健康診査情報提供票

健診機関名					
健診機関番号			氏名(カナ)		
保険者番号			生年月日	昭和	□□年□□月□□日
受診券番号	□□□□□□□□□□	性別・年齢	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	□□歳
医師の総合判断日	令和	□□年□□月□□日	電話番号	— —	
項目		検査結果		注意事項	
身体計測	身長	□□□□.□□	cm	小数点以下1桁	
	体重	□□□□.□□	kg	小数点以下1桁	
	腹囲 (<input type="checkbox"/> 実測 <input type="checkbox"/> 判定 <input type="checkbox"/> 申告)	□□□□.□□	cm	小数点以下1桁	
	BMI	□□□□.□□	kg/m ²	小数点以下1桁	
診察	既往歴	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし			
	自覚症状	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし			
	他覚症状	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし			
血圧	収縮期血圧	□□□□	mmHg		
	拡張期血圧	□□□□	mmHg		
血中脂質検査	中性脂肪	□□□□	mg/dl		
	HDL-コレステロール	□□□□	mg/dl		
	LDL-コレステロール	□□□□	mg/dl		
肝機能検査	GOT (AST)	□□□□	U/l		
	GPT (ALT)	□□□□	U/l		
	γ-GT (γ-GTP)	□□□□	U/l		
腎機能検査	クレアチニン	□□□□.□□	mg/dl	小数点以下2桁	
	尿酸	□□□□.□□	mg/dl	小数点以下1桁	
血糖検査	空腹時血糖	□□□□	mg/dl	食後10時間以上	
	随時血糖	□□□□	mg/dl	食後3.5~10時間未満	
	HbA1c (NGSP値)	□□□□.□□	%	小数点以下1桁	
尿検査	尿糖	— ± + 2+ 3+			
	尿蛋白	— ± + 2+ 3+			
	尿潜血	— ± + 2+ 3+			
医師の判断	医師の判断 (判定)	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 要再検査 <input type="checkbox"/> 要保健指導			
	その他、所見等記入欄				
	医師の氏名				

●「結果」欄に検査の数値若しくは該当する項目に☑をつけてください。

●太枠は本人が記載(代筆可)してください。それ以外は医療機関が記載してください。