

特定健康診査情報提供票

		健診等機関名			
氏名（カナ）		健診機関番号			
生年月日		昭和 年 月 日		保険者番号	
性別		☐ 男 ☐ 女		受診券番号	
電話番号		- -		医師の総合判断日 令和 年 月 日	

項目		検査結果		注意事項		
身体計測	身長	.	cm			
	体重	.	kg			
	腹囲	.	cm	☐ 実測 ☐ 判定 ☐ 申告		
診察	既往歴	☐ あり () ☐ なし				
	自覚症状	☐ あり () ☐ なし				
	他覚症状	☐ あり () ☐ なし				
血圧	収縮期血圧		mmHg			
	拡張期血圧		mmHg			
血中脂質検査	空腹時中性脂肪（食後10時間以上）		mg/dl	食後10時間以上の場合は空腹時中性脂肪に、食後10時間未満の場合は随時中性脂肪に値を記入してください。		
	随時中性脂肪（食後10時間未満）		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	AST（GOT）		U/l			
	ALT（GPT）		U/l			
	γ-GT（γ-GTP）		U/l			
腎機能検査	血清クレアチニン	.	mg/dl			
	血清尿酸	.	mg/dl			
血糖検査	空腹時血糖（食後10時間以上）		mg/dl	食後3.5時間未満の場合は、血糖値の記入をせず、HbA1cの値を必ず記入してください。		
	随時血糖（食後3.5～10時間未満）		mg/dl			
	HbA1c（NGSP値）	.	%			
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）	☐ 異常なし ☐ 治療継続 ☐ 要再検査 ☐ 要保健指導				
	その他、所見等記入欄					
	検査未実施の理由	☐ 生理中 ☐ 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する ☐ その他				
	医師の氏名					

●太枠は必須項目となっており、記載のない場合は返戻となります。□には✓を記載ください。

●排尿障害等で尿検査を実施できない場合、その理由を「検査未実施の理由」から選択ください。