

記入例

被保険者証をご覧ください。  
2桁—7桁—2桁です。

# 健康診断結果報告書

(特定健診結果として登録します)

氏名は漢字で  
お書きください。

受診者の被保険者証記号・番号・枝番										受診者氏名(フリガナ)										生年月日				性別		年齢					
全歯	9	9	-	1	2	3	4	5	6	7	-	0	0	フリガナ											西暦	年	月	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳
													氏名															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

受診年月日		西暦		年	月	日	名称		I										◎担当医師名		II									
実施機関		所在地																												

診察	既往歴	<input type="checkbox"/>	特記事項あり																					<input type="checkbox"/>	特記事項なし
	自覚症状	<input type="checkbox"/>	特記事項あり																					<input type="checkbox"/>	特記事項なし
	他覚症状	<input type="checkbox"/>	特記事項あり																					<input type="checkbox"/>	特記事項なし

2ページ目の健診結果報告書(参考例)を参照し、数字などを転記してください。

※検査結果は40歳から74歳までの方は漏れなくご記入ください

検査結果	III 身体計測				IV 血圧				V 脂質																		
	身長	<input type="text"/>	cm	最高	<input type="text"/>	mmHg	中性脂肪				LDLコレステロール				HDLコレステロール												
	体重	<input type="text"/>	kg	最低	<input type="text"/>	mmHg	<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>												
	BMI	<input type="text"/>	kg/m <sup>2</sup>				mg/dl				mg/dl				mg/dl												
	腹囲	<input type="text"/>	cm	VI 尿検査												VII 肝機能検査											
	尿糖	<input type="text"/>	尿蛋白	<input type="text"/>	AST (GOT)				ALT (GPT)				γ-GTP														
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>															
	VIII 糖代謝																										
<input type="checkbox"/>	空腹時(食後10h以上)												◎空腹時血糖				◎随時血糖				HbA1c						
<input type="checkbox"/>	随時(食後3.5h~10h未満)												<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>						
<input type="checkbox"/>	食後3.5h未満												◎はどちらか一方に記入														
	IX 血液検査																										
赤血球数	<input type="text"/>	/μl	ヘモグロビン	<input type="text"/>	g/dl	ヘマトクリット				<input type="text"/>				%													

※医師の判断は40歳から74歳までの方のみご記入ください

X 医師の判断	メタボリックシンドローム判定	<input type="checkbox"/>	1. 基準該当	<input type="checkbox"/>	2. 予備軍該当	<input type="checkbox"/>	3. 非該当	<input type="checkbox"/>	4. 判定不能
	保健指導レベル	<input type="checkbox"/>	1. 積極的支援	<input type="checkbox"/>	2. 動機付け支援	<input type="checkbox"/>	3. なし(情報提供)	<input type="checkbox"/>	4. 判定不能
	医師の診断(判定)								

注意事項	1. 特定健診の受診券を持って受診された方はこの報告書の提出は不要です。
	2. 裏面の質問票もお忘れなく必ず記載してください。(40歳から74歳の方のみ)
	3. 健診実施時点で当組合の資格を喪失されていると報告はできません。
	4. この報告書で健診結果を提供していただくと、組合の特定健康診査のデータとして登録し、メタボリックシンドロームの階層化を経て、保健指導を利用することができます。
	5. この報告書は、組合の特定健康診査のデータとして匿名化され、部分的に国に提出されます。ご了承の上、報告願います。

※この申請にかかる個人情報、特定健康診査・特定保健指導以外の目的には使用いたしません。

# 健診結果報告書

(参考例)

2021年7月21日

〒111-2234

東京都新宿区

様

財団法人

新宿予防医学センター

〒160-0023

東京都新宿区西新宿 7-5-25

TEL XX-XXXX-XXXX (代表)

XX-XXXX-XXXX (健診予約)

FAX XX-XXXX-XXXX

URL <https://www.createform.jp/>

I

健康診断コース名	基本診断A
団体名	
保険証記号 番号	
保険証番号	
受診日	20200902

受診者ID			
受診者名			
生年月日	1968年6月23日	年齢	51
性別	男性	女性	
血液型	A	B	AB 0

今回の受診結果を下記のとおりご報告いたします。

担当医:伊志 太郎

II

総合判定	判定結果
C X	経過観察を要する
	医師からのコメント 血圧が高くなってます 定期的に血圧測定をする習慣を身につけるようにしてください 尿検査の結果が異常値です 再検査をしてください

判定区分について

A: 異常ありません

B: 軽度異常ですが心配いりません

C: 経過観察してください

D: 精密検査が必要です

E: 治療中

項目ごとの判定

検査項目	基準値	今回	判定	前回	
身体測定	III 身長	168 cm			
	体重	70 kg	B	B	
	BMI	18.5 - 24.9	24 kg/m <sup>2</sup>		
	腹囲		82 cm		
血圧	IV 最高	130未満	160	C	B
	最低	80未満	110		
視力	右(矯正)	裸眼1.0以上	1	A	A
	左(矯正)	矯正1.0以上	0.8		
聴力	右	1000Hz	所見なし	A	A
		4000Hz	所見なし		
	左	1000Hz	所見なし		
		4000Hz	所見なし		
心電図	所見	正常範囲	A	A	
胸部X線		所見なし	A	A	

検査項目	基準値	今回	判定	前回	
尿検査	VI 糖	(-)	-		
	蛋白	(-)	-	B	A
	潜血	(-)	+		
肝機能	VII AST	30以下	23 U/l		
	ALT	30以下	27 U/l	A	A
	γ-GTP	50以下	25 U/l		
脂質	V LDL-C	60 - 119	110 mg/dl		
	HDL-C	40以上	79 mg/dl	A	A
	中性脂肪	30 - 149	120 mg/dl		
血糖	空腹時血糖	100未満	89 mg/dl		
	随時血糖	140未満	mg/dl	A	A
	VIII HbA1c	5.6未満	%		
貧血	赤血球数	400 - 539	502 mg/dl		
	血色素量	13.1 - 16.3	14.8 mg/dl	A	A
IX 腎臓	ヘマトクリット値	38.5 - 48.9	42.8 %		
	クレアチン	男~1.00 女~0.70	0.7 mg/dl	A	A

この結果報告書は大切に保管し、翌年・翌々年に数値や判定がどのように変化しているか観察しましょう。  
健康診断は毎年続けて受診することが重要です。