

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。

お勤め先の歯科医院
(クリニック)です。

受診者の被保険者証記号・番号										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	ゼンシ	ハナヨ	年	月	日	男	女	歳			
事業主の氏名並びに医療機関名										フリガナ										勤務先医療機関名						
全										歯										西			全		歯	
全										歯										全			歯		歯	
全										歯										全			歯		歯	

↑事業主が報告する場合は記入の必要はありません。

受診年月日		西暦		年	月	日	実 施 機 関		I 名称			◎担当医師名		II	
							所在地								

**健診結果報告書(参考例)を
参照し値等を転記してください。**

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

検 査 成 績	III 身体計測		IV 血 圧		V 脂 質			
	身長	cm	最高	mmHg	中性脂肪	◎LDLコレステロール	◎総コレステロール	
	体重	kg						
	BMI	kg/m ²	最低	mmHg	HDLコレステロール	◎non-HDLコレステロール		
	腹囲	cm						
	VI 尿 検 査				VII 肝 機 能 検 査			
尿糖		尿蛋白		AST (GOT)	ALT (GPT)	γ-GTP		
採 血 時 間				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="checkbox"/>	食後3.5h未満							
IX 血 液 検 査								
赤血球数	ヘモグロビン	ヘマトクリット	白血球数					
/μℓ	g/dℓ	%	/μℓ					

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	
	所 見	<input type="checkbox"/>	1. 異常認めず	<input type="checkbox"/>	2. 要観察	<input type="checkbox"/>	3. 要指導	<input type="checkbox"/>	4. 治療中	<input type="checkbox"/>

注 意 事 項	<p>1. 検査項目はすべて記載又はチェックしてください。ただし◎印は分かれば記載してください。</p> <p>2. 裏面の質問票もお忘れなく必ず記載してください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
------------------	---

※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	O

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 ²		
	腹囲		82 cm		
血圧	IV 最高	130未満	160	B	
	最低	80未満	110	C	
視力	右(矯正)	裸眼1.0以上	1	A	
	左(矯正)	矯正1.0以上	0.8	A	
聴力	右 1000Hz	所見なし	A	A	
	4000Hz				
	左 1000Hz	所見なし			
	4000Hz				
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
	潜血	(-)	+	
肝機能	VII AST	30以下	23 U/l	
	ALT	30以下	27 U/l	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
	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
	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
IX 腎臓	ヘマトクリット値	38.5 - 48.9	42.8 %	
	クレアチニン	男~1.00 女~0.70	0.7 mg/dl	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。