

健康診断結果報告書

(特定健診結果として登録します)

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										フリガナ										西 暦				年	月	日	男	女	歳
										氏名																			

受診年月日		西 暦		年	月	日														
実施機関	名称										◎担当医師名									
	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									

※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	身体計測				血 圧				脂 質											
	身長	cm			最高	mmHg			中性脂肪	LDLコレステロール				HDLコレステロール						
	体重	kg			最低	mmHg				mg/dl				mg/dl						
	BMI	kg/m ²																		
	腹囲	cm																		
	尿 検 査								肝 機 能 検 査											
尿糖				尿蛋白				AST (GOT)				ALT (GPT)				γ-GTP				
								U/l				U/l				U/l				
採 血 時 間								糖 代 謝												
<input type="checkbox"/> 空腹時 (食後10h以上)								◎空腹時血糖				◎随時血糖				HbA 1c				
<input type="checkbox"/> 随時 (食後3.5h~10h未満)								mg/dl				mg/dl				%				
<input type="checkbox"/> 食後3.5h未満								◎はどちらか一方に記入												
血 液 検 査																				
赤血球数				ヘモグロビン				ヘマトクリット												
/μl				g/dl				%												

※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

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は、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。