

# 特定健康診査受診結果通知表

記号・番号	87-	生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
フリガナ 氏 名		性別／年齢	男・女 歳	特定健康診査 受診券番号	/

既往歴					
服薬歴				喫煙歴	
自覚症状					
他覚症状					

項 目	基 準 値	今 回	前 回	前 々 回
		年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体計測	身長 (cm)			
	体重 (kg)			
	腹 囲 (cm)	男性85cm未満 女性90cm未満		
	B M I	18.5～24.9		
血 圧	収縮期血圧 (mmHg)	130未満		
	拡張期血圧 (mmHg)	85未満		
血中脂質検査 <small>(中性脂肪は空腹時または随時)</small>	空腹時中性脂肪 (mg/dl)	150未満		
	随時中性脂肪 * (mg/dl)	175未満		
	HDL-コレステロール (mg/dl)	40以上		
	LDL-コレステロール ** (mg/dl)	120未満		
	Non-HDLコレステロール ** (mg/dl)	150未満		
肝機能検査	G O T (IU/l)	30以下		
	G P T (IU/l)	30以下		
	γ - G T P (IU/l)	50以下		
血糖検査 <small>(いずれかの項目の実施で可)</small>	空腹時血糖 (mg/dl)	100未満		
	ヘモグロビンA1c (%)	5.2未満		
	随時血糖 * (mg/dl)	100未満		
尿 検 査	糖	(-)		
	蛋 白	(-)		

\* 食直後(3.5時間未満)は除く

\*\* LDLコレステロールについては、中性脂肪が<sup>≧</sup>400mg/dl以上又は食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定に代えられる。

貧血検査	赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )				
	血色素量 (g/dl)				
	ヘマトクリット値 (%)				
心電図検査	所見				
眼底検査	所見				
血清クレアチニン検査	血清クレアチニン値 (mg/dl)				
	eGFR (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )				

メタボリックシンドローム判定			
----------------	--	--	--

医師の判断	
判断した医師の氏名	

(備考)

1. この用紙は、日本工業規格A列4版とすること。
2. 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。
3. 基準値を外れている場合には、「\*」を測定結果欄に記入すること。
4. 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当／予備群該当／非該当」を記入すること。
5. 「医師の判断」の欄は、
  - ① 特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
  - ② 貧血検査、心電図検査及び眼底検査及びクレアチニン検査を実施した場合の理由を記入すること。
  - ③ 基本的な健診項目の一部の検査を実施しなかった場合の理由「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」を記入すること。