

# 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	受診者氏名 (フリガナ)	生年月日	性別	有効期間
福医	フリガナ 印	昭和 年 月 日	男・女	自 2019年4月1日 至 2020年3月31日
※報告者(事業主)の氏名 並びに医療機関名		フリガナ 印	医療機関名	

↑受診者本人が報告する場合は※報告者(事業主)の記入の必要はありません。

受診年月日	2019年 月 日
実施機関	名称
	所在地
	担当医師名

診察	既往歴	1. 特記事項あり ( )	2. 特記事項なし
	自覚症状	1. 特記事項あり ( )	2. 特記事項なし
	他覚症状	1. 特記事項あり ( )	2. 特記事項なし

検査成績	身体計測		血 圧	血液化学検査		肝機能検査
	身長 ( ) cm		最高	中性脂肪		AST (GOT)
	体重 ( ) kg		( ) mmHg	( ) mg/dl	( ) U/L	
	BMI ( )		最低	HDL-C		ALT (GPT)
	腹囲 ( ) cm		( ) mmHg	( ) mg/dl	( ) U/L	
	採血時間			(いずれか)		γ-GPT
	<input type="checkbox"/> 空腹時(食後10h以上)	<input type="checkbox"/> 随時(食後3.5h~10h未満)		LDL-C ( ) mg/dl	Non-HDL-C ( ) mg/dl	
	<input type="checkbox"/> 食後3.5h未満				( ) U/L	
血糖検査 (いずれか)			尿 (定性)			
空腹時血糖 ( ) mg/dl	随時血糖 ( ) mg/dl	HbA1c ( )% [NGSP 値]	尿糖 ( )	尿蛋白 ( )		

医師の判断	メタボリックシンドローム判定	1. 基準該当 2. 予備軍該当 3. 非該当 4. 判定不能
	所 見	1. 異常認めず 2. 要観察 3. 要指導 4. 治療中 5. 要医療
	判断を実施した医師の氏名	

注意事項	1. (いずれか) 以外の項目はすべて記入してください。
	2. 健診実施時点で当組合の資格が無い方は報告できません。
	3. 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。
	4. 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、部分的に国へ提出されますので、ご了承の上、報告願います。
	5. 裏面の質問票も、必ず記入してください。

※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。