

平成29年度 健康診断結果報告書

被保険者証記号・番号		受診者氏名	生年月日	性別	有効期間
福医			昭和 年 月 日	男・女	自 平成29年4月1日 至 平成30年3月31日
特定健診受診券回収区分		<input type="checkbox"/> 添付 ・ <input type="checkbox"/> 返不能 ・ <input type="checkbox"/> 滅失			

受診年月日		平成 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	A S T (G O T)
	体重 () kg	() mmHg	() mg/dl	() U/L
	BMI ()	最低	H D L - C	A L T (G P T)
	腹囲 () cm	() mmHg	() mg/dl	() U/L
	採血時間		L D L - C	γ - G T P
	<input type="checkbox"/> 食後10時間未満 <input type="checkbox"/> 食後10時間以上		() mg/dl	() U/L
	血糖検査 (いずれか)		尿 (定性)	
空腹時血糖	H b A 1 c	尿糖	尿蛋白	
() mg/dl	() % [NGSP値]	()	()	

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. 予備群該当 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. 血糖検査 (いずれか) 以外の項目はすべて記入してください。
	2. 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。
	3. この報告書は、組合の特定健康診査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。
	4. 必ず質問票とセットで提出してください。

※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。