

特定健診結果記入票（パート先等で健康診断を受診した場合）

◆特定健診・人間ドック受診結果の転記をお願いします。転記が難しい場合は、受診結果票の写しの送付でも結構です。
◆本登録書式のすべての項目をご記入願います。
（「血糖」欄の空腹時血糖、HbA1c、随時血糖食後3.5時間以上はいずれか一つでも可。「尿検査」欄は女性の場合は省略可。）

加入者記号番号		生年月日		性別	氏名	
-		年 月 日				

必須項目		回答欄	
健診年月日（記入漏れにご注意ください）		年 月 日	
健診機関名称			
医師氏名			
質問必須項目	血圧を下げる薬の使用の有無	☐ 有	☐ 無
	インスリン注射又は血糖を下げる薬の使用の有無	☐ 有	☐ 無
	コレステロール又は中性脂肪を下げる薬の使用の有無	☐ 有	☐ 無
	たばこを習慣的に吸っているか 条件①最近1ヶ月間吸っている 条件②生涯で6か月以上吸っている、 または合計100本以上吸っている	☐ はい(条件①②の両方を満たす) ☐ いいえ(上記以外)	☐ 最近1ヶ月は吸っていない(条件②のみを満たす)
所見	既往歴		
	自覚症状		
	他覚症状		
身体計測	身長	. cm	
	体重	. kg	
	腹囲 ・ BMI	腹囲 . cm	BMI . ☐ 妊産婦
血圧	最高血圧（収縮期血圧）	mmHg	
	最低血圧（拡張期血圧）	mmHg	
血中脂質	中性脂肪（空腹時） 食後10時間以上	mg/dl	
	中性脂肪（随時） 食後10時間未満	mg/dl	
	HDLコレステロール	mg/dl	
	LDLコレステロール	mg/dl	
	NON-HDLコレステロール	mg/dl	
肝機能	GOT（AST）	IU/l	
	GPT（ALT）	IU/l	
	γ-GTP（γ-GT）	IU/l	
血糖	空腹時血糖 『HbA1c』を記入した場合、空白可	mg/dl	
	HbA1c 『空腹時血糖』を記入した場合、空白可	%	
	随時血糖（*） 『空腹時血糖』『HbA1c』のどちらかを記入した場合、空白可 （*）食後3.5時間以上10時間未満	mg/dl	
尿検査	尿中の糖 女性の場合、省略可	☐ - ☐ ± ☐ + ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+以上 ☐ 排尿障害等	
	尿中の蛋白 女性の場合、省略可	☐ - ☐ ± ☐ + ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+以上 ☐ 排尿障害等	
総合所見／評価／コメント			