

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			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	インスリン注射又は血糖を下げる薬の使用の有無			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	喫煙の有無			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
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	BMI	<input type="checkbox"/> 妊産婦	
			cm			
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（トリグリセリド）			mg/dl		
	HDLコレステロール			mg/dl		
	LDLコレステロール（*1） 『LDLコレステロール』を記入の場合、空白可			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			<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> +
	HbA1c 『空腹時血糖』を記入した場合、空白可			<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> +
	随時血糖（*2） 『空腹時血糖』『HbA1c』のどちらかを記入した場合、空白可			<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> +
			<input type="checkbox"/> 2+	<input type="checkbox"/> 3+	<input type="checkbox"/> 4+以上	
			mg/dl			
尿 検 査	尿中の糖 女性の場合、省略可					
	尿中の蛋白 女性の場合、省略可					
総合所見/評価/コメント						

（*1）食後採血か中性脂肪400mg/dl以上の場合。

（*2）食後3.5時間以上