健診結果表 <<生活習慣病・特定健診>>

[様式 8-1]

①事業所名		⑤生年月日	昭和・平成	年	月	日 (歳)
②被保険者証	記号	番号	⑥受診日	令和	年	月 日
③フリガナ						
④氏名	(男 女)					

検査項目		結果	判定	検査項目		結果	判定
身体測定	身長			心機能検査	心電図		
	体重			X線検査	胸部		
	BMI				胃部		
	腹囲			大腸検査	便潜血1回目		
視力検査	裸眼 右				便潜血2回目		
	裸眼 左			前立腺検査	PSA(男性のみ)		
	矯正 右			婦人科検査 (女性のみ)	子宮がん	医師採取法	
	矯正 左					自己採取法	
聴力検査※1	右 1,000Hz				乳がん	エコー	
	4,000Hz					マンモ	
	左 1,000Hz			眼底検査※2	H所見		
	4,000Hz				S所見		
血圧測定	収縮期血圧				KW所見		
	拡張期血圧						
尿検査	蛋白			▼健診機関の方へ ◎特定健診で、詳細項目を受診する場合は実施理由をご記入ください。 貧血検査実施理由 眼底検査実施理由 心電図実施理由 血清クレアチン検査実施理由 ◎ 判定は、次のコードをご記入ください A この検査の範囲では異常ありません B わずかに異常を認めますが日常に差し支えはありません C12 日常生活に注意して、年1回の健診をお受けください C6 再検査を必要としますので、6ヶ月後に医療機関を受診してください C3 再検査を必要としますので、3ヶ月後に医療機関を受診してください D 治療を必要としますので、医療機関を受診してください E 精密検査を必要としますので、医療機関を受診してください F 治療を継続してください 健診(検査)機関名および住所 健診・保健指導機関番号 〒 住 所 名 称 電 話 印			
	潜血						
腎機能検査	尿酸						
	クレアチニン						
	eGFR						
脂質検査	総コレステロール						
	HDLコレステロール						
	LDLコレステロール						
	中性脂肪						
	NonHDLコレステロール						
肝機能検査	GOT(AST)						
	GPT(ALT)						
	γ-GTP						
	ALP						
糖代謝	尿糖						
	空腹時血糖						
	HbA1c(NGSP値)						
血液検査	赤血球						
	血色素						
	ヘマトクリット						
メタボリックシンドローム判定	基準該当・予備群該当・非該当						
総合判定							
総合所見							
医師氏名							

▼受診者の方へ

◎特定健診項目()の項目は必ず受診してください。

◎40歳以上の方(今年度達する方含む)は、特定健診質問票「様式8-2」とあわせて提出してください。

※1 聴力検査は被保険者のみ補助金の対象とします。

※2 眼底検査は補助金対象外です。