

特定健康診データ提供用紙

※ 本様式は健診実施機関においてご記入下さい。

実施年月日	令和 年 月 日
-------	----------

受診者情報

ふりがな		性別
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	昭和 年 月 日	年齢 歳

健診機関情報

所在地	〒 —									
機関名										
健診機関番号										
<input type="checkbox"/> 機関番号なし又は不明										

問診結果情報	問診項目	該当箇所のチェック	具体的な内容
	既往歴	<input type="checkbox"/> 特記すべきことあり <input type="checkbox"/> 特記すべきことなし	
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 特記すべきことあり <input type="checkbox"/> 特記すべきことなし	
	他覚症状	<input type="checkbox"/> 特記すべきことあり <input type="checkbox"/> 特記すべきことなし	

検査項目		検査結果			検査項目		検査結果				
身体計測	身長			..	cm	血糖検査	空腹時血糖	/			mg/dl
	体重			..	kg		HbA1c	/		..	%
	BMI			..	kg/m ²	尿中一般物質定性半定量検査	糖	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++			
	腹囲			..	cm		蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++			
血圧	収縮期血圧 (最高)	/			mmHg	追加検査項目		検査結果			
	拡張期血圧 (最低)	/			mmHg						
血中脂質検査	中性脂肪				mg/dl	腎機能検査	血清クレアチン	/			mg/dl
	HDL-コレステロール	/			mg/dl	尿酸検査	血清尿酸				mg/dl
	LDL-コレステロール	/			mg/dl	貧血検査	ハマトクリット値				%
肝機能検査	GOT				IU/1		血色素量				g/dl
	GPT				IU/1		赤血球数	/			万/mm ³
	γ-GTP				IU/1						

総合所見	メボリックシンドローム判定	<input type="checkbox"/> 基準該当 <input type="checkbox"/> 予備群該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	医師の診断 (判定)	
	健康診断を実施した医師の氏名	(印)