

特定健康診査データ提供用紙

※ 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
-------	----------

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								

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

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		随時血糖(※2)	/	mg/dl
	BMI			kg/m ²		HbA1c	/	%
	腹囲			cm	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"/> +++	
血圧	収縮期血圧(最高)	/		mmHg		蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++	
	拡張期血圧(最低)	/		mmHg				
血中脂質検査	空腹時中性脂肪			mg/dl	追加検査項目		検査結果	
	随時中性脂肪(※1)			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	ヘマトクリット値		%
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				

(※1) やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、食直後を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を可とする

(※2) やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖による血糖検査を行うことを可とする

総合所見	メタ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)