

特定健康診査受診結果

(1/1)

フリガナ		生年月日		健診年月日	
カナ氏名		性別/年齢		特定健康診査受診券番号	

既往歴					
服薬歴		喫煙歴		飲酒	
自覚症状					
他覚症状					

項目		基準値	今回受診	前回受診	前々回受診
身体計測	身長 (cm)				
	体重 (kg)				
	腹囲 (cm)				
	BMI				
血圧	収縮期血圧 (mmHg)				
	拡張期血圧 (mmHg)				
血中脂質検査	中性脂肪 (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)				
肝機能検査	GOT (U/l)				
	GPT (U/l)				
	-GTP (U/l)				
血糖検査	空腹時血糖 (*は食後10時間未満) (mg/dl)				
	ヘモグロビンA1c (NGSP値) (%)				
	随時血糖 (mg/dl)				
尿検査	糖				
	蛋白				

項目	基準値	今回受診	前回受診	前々回受診
貧血検査	赤血球数 (万/mm ³)			
	血色素量 (g/dl)			
	ヘマトクリット値 (%)			
心電図検査	所見			
眼底検査	所見			
血清クレアチニン	血清クレアチニン値 (mg/dl)			
	eGFR (ml/min/1.73m ²)			
メタボリックシンドローム判定				

メタボリックシンドローム判定による基準該当と予備群該当

基準該当	予備群該当
腹囲 男性 85cm 女性 90cm	
+	
以下のうち2項目以上に該当	以下のうち1項目が該当
脂肪 中性脂肪 150mg/dl かつ/または HDLコレステロール < 40mg/dl かつ/または 服薬中の方	
血圧 収縮期血圧 130mmHg かつ/または 拡張期血圧 85mmHg かつ/または 服薬中の方	
糖代謝 空腹時血糖 110mg/dl (ヘモグロビンA1cの場合 6.0) かつ/または 服薬中の方	

随時血糖のみ(空腹時血糖およびHbA1cの記載なし)の場合は、血糖検査は未実施として取り扱う

検査分野別判定	
---------	--

医師の判断	
-------	--

判断した医師の氏名	
-----------	--

--	--

LDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定に代えられる