

# 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 <sup>3</sup> )         |      |      |       |
|                | 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 <sup>2</sup> ) |      |      |       |
| 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