

特定健康診査受診結果通知表

(1 / 2)

カナ氏名		生年月日		健診年月日	
		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)			
	γ-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				

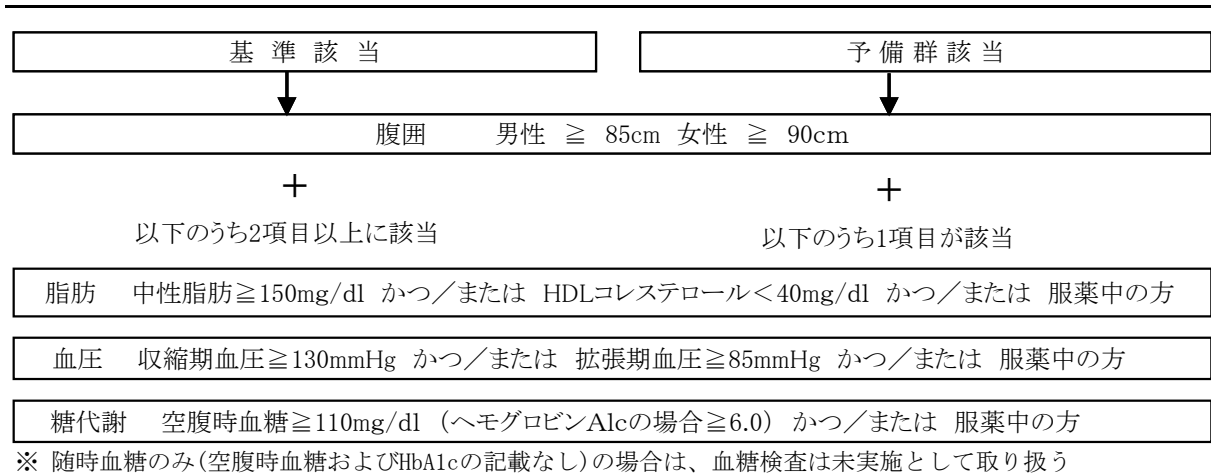
LDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定に代えられる

特定健康診査受診結果通知表

(2 / 2)

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



検査分野別判定	
---------	--

医師の判断	
-------	--

判断した医師の氏名	
-----------	--

--	--