

特定健診結果報告書

記号				番号					健診受診日	年	月	日
氏名	カナ							生年月日	昭和	年 月 日		
	漢字							性別	男・女	年齢	歳	

健康診断を実施した医師名	
診察・他覚所見	<input type="checkbox"/> 異常なし
	<input type="checkbox"/> 異常あり ()

健診項目		今回の結果	単位	備考
身体測定	身長	□□□.□	cm	
	体重	□□□.□	kg	
	腹囲	□□□.□	cm	
	BMI	□□.□		
血圧	血圧(収縮期)	□□□	mmHg	※最高血圧
	血圧(収縮期)	□□□	mmHg	※最低血圧
尿検査	尿糖	(-) (±) (+) (++) (+++)		○をつけてください。
	尿たんぱく	(-) (±) (+) (++) (+++)		
血中脂質検査	中性脂肪	□□□□	mg/dl	右詰でご記入ください。
	HDLコレステロール	□□□□	mg/dl	
	LDLコレステロール	□□□□	mg/dl	
肝機能検査	AST(GOT)	□□□□	IU/l	
	ALT(GPT)	□□□□	IU/l	
	γ-GT(γ-GTP)	□□□□	IU/l	
代謝系	空腹時血糖	□□□.□	mg/dl	測定された 数値をご記入ください。
	随時血糖	□□□.□	%	
	ヘモグロビンA1c	□□.□	%	