

### 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  | 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 ( ) |
| 既往歴          | <input type="checkbox"/> なし       |
|              | <input type="checkbox"/> あり ( )   |

|      |                                 |
|------|---------------------------------|
| 自覚症状 | <input type="checkbox"/> なし     |
|      | <input type="checkbox"/> 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)    | □□□□                   | U/L   |                  |
|        | ALT(GPT)    | □□□□                   | U/L   |                  |
|        | γ-GT(γ-GTP) | □□□□                   | U/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        | 食後 □□□                 | 時間    |                  |
|        |             | □□□                    | mg/dl |                  |
|        | ヘモグロビンA1c   | □□.□                   | %     |                  |

※特定保健指導の対象者と判定された方は、特定保健指導が無料で受けられます。

判定された場合、特定保健指導実施の為、委託先の(株)ベネフィットワン・ヘルスケアに当用紙の情報を提供します。