

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 ()

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 (拡張期)	□□□	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。 (いずれかひとつ)
	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㈱ベネフィット・ワンに当用紙の情報を提供します。

■ 健診結果に腹囲の測定値の記載がない場合は、測定して結果を「特定健診結果報告書」に記入してください

<腹囲 (お腹周り) の正しい測り方>

A) ウエストの最も細い部分ではなく、おヘソの位置で床と平行に測定します。

B) お腹の脂肪が下垂し、おヘソが下がっている場合は、肋骨の一番下と、骨盤の一番上の中間点で測定します。

