

特定健康診査情報提供票

| | | | |
|---------|--|----------|--|
| | | 健診等機関名 | |
| 氏名 (カナ) | | | 健診機関番号 |
| 生年月日 | 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 | 保険者番号 | |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 受診券番号 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 電話番号 | - - | 医師の総合判断日 | 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 |

| 項目 | | 検査結果 | | 注意事項 | | |
|--------|---------------------|--|-------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 身体計測 | 身長 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | cm | | | |
| | 体重 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | kg | | | |
| | 腹囲 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | cm | <input type="checkbox"/> 実測 | <input type="checkbox"/> 判定 | <input type="checkbox"/> 申告 |
| 診察 | 既往歴 | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| | 自覚症状 | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| | 他覚症状 | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| 血圧 | 収縮期血圧 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mmHg | | | |
| | 拡張期血圧 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mmHg | | | |
| 血中脂質検査 | 空腹時中性脂肪 (食後10時間以上) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mg/dl | 食後10時間以上の場合 は、空腹時中性脂肪に、食後 10時間未満の場合は随時 中性脂肪に値を記入してく ださい。 | | |
| | 随時中性脂肪 (食後10時間未満) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mg/dl | | | |
| | HDL-コレステロール | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mg/dl | | | |
| | LDL-コレステロール | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mg/dl | | | |
| 肝機能検査 | AST (GOT) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | U/l | | | |
| | ALT (GPT) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | U/l | | | |
| | γ-GT (γ-GTP) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | U/l | | | |
| 腎機能検査 | 血清クレアチニン | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | mg/dl | | | |
| | 血清尿酸 | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | mg/dl | | | |
| 血糖検査 | 空腹時血糖 (食後10時間以上) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mg/dl | 食後3.5時間未満の場合 は、血糖値の記入をせず、 HbA1cの値を必ず記入して ください。 | | |
| | 随時血糖 (食後3.5~10時間未満) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mg/dl | | | |
| | HbA1c (NGSP値) | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | % | | | |
| 尿検査 | 尿糖 | - | ± | + | 2+ | 3+ |
| | 尿蛋白 | - | ± | + | 2+ | 3+ |
| | 尿潜血 | - | ± | + | 2+ | 3+ |
| 医師の判断 | 医師の判断 (判定) | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 要再検査 <input type="checkbox"/> 要保健指導 | | | | |
| | その他、所見等記入欄 | | | | | |
| | 検査未実施の理由 | <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 腎疾患等の基礎疾患が あるため排尿障害を有する <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| | 医師の氏名 | | | | | |

- 太枠は必須項目となっており、記載のない場合は返戻となります。□には✓を記載ください。
- 排尿障害等で尿検査を実施できない場合、その理由を「検査未実施の理由」から選択ください。