

生活習慣病予防健診 受診票（結果票） 特 定 健 診

（ 契約医療機関以外での健診を
受診の際にご使用ください。 ）

● 健診受診前に太枠内をご記入ください。

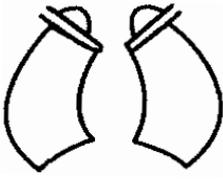
健康保険 記号 - 番号	フリガナ 受診者氏名 (性別)	生年月日 (年齢)	※現在治療中の疾病
		年 月 日 ()	1 .
			2 .
			3 .

↑
※現在治療を受けている方は
必ず病名をご記入ください。

健診実施機関 御中

- 生活習慣病予防健診(30~39歳)および特定健診(40歳以上)は、下記の検査項目を行う。但し、上部消化管X線および便潜血反応は **40歳以上の希望者**に限る。
- 健診対象年齢は、健診受診年度の年度末を基準とする。
- 判定結果は、下記の[判定区分]に従い○印をつけてください。
[判定区分 … A-正常 B-略正常 C-要経過観察 D-要治療 E-要精密検査 F-要継続治療]

【健診年月日 年 月 日】

身 体 計 測					視 力 (矯正)		聴 力				尿										
身長	体重	標準体重	BMI	腹 囲	右 (.)	左 (.)	[右]	オージオ1000	オージオ4000	糖	蛋白	潜 血	A B C D E F		A B C D E F		A B C D E F				
cm	kg	kg		cm			1. 正 常	2. 有 所 見	-	±	+	-	±	+	-	±	+				
							[左]	オージオ1000	オージオ4000	2+	3+	4+	2+	3+	4+	2+	3+	4+			
							1. 正 常			A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F
							2. 有 所 見			A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F
血 圧			血 液 一 般																		
最高/最低		WBC	RBC	Hb	Ht	MCV	MCH	MCHC	PLT												
/																					
mmHg																					
A B C D E F		A B C D E F																			
血 液 生 化 学																					
AST	ALT	γ-GTP	ALP	T-cho	HDL-Cho	LDL-Cho	T G	GLU	HbA1c	U A	クレアチニン	eGFR									
A B C D E F			A B C D E F			A B C D E F			A B C D E F			A B C D E F		A B C D E F		A B C D E F					
胸 部 X 線				心 電 図				上 部 消 化 管 X 線 (40歳以上)				便 潜 血 反 応 (40歳以上)									
 1. 著変なし 2. 有所見 A B C D E F				 1. 著変なし 2. 有所見 A B C D E F				 1. 著変なし 2. 有所見 A B C D E F				1 回目		- ± +							
												2 回目		- ± +							
												A B C D E F		A B C D E F							
総 合 判 定 並 び に 指 示 事 項																					
A B C D E F										医療機関名 _____											
指示事項 _____										医師名 _____											