

一 般 健 診 受 診 票 (結 果 票)

〔 契約健診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。

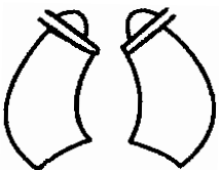
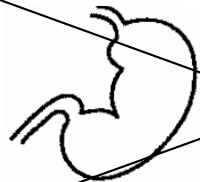
| | | | |
|-----------------|--------------------|--------------|-------------------|
| 保険証の 記号 - 番号 | フリガナ 受診者氏名 (性別) | 生年月日 (年齢) | ※現在治療中の疾病 |
| - | () | 平成 年 月 日 () | 1 . 2 . 3 . |

※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

1. 一般健診(30歳未満)は、下記の検査項目を行う。
2. 健診対象年齢は、健診受診年度の年度末を基準とする。
3. 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 (.) | [右] | オージオ1000 | オージオ4000 | 糖 | 蛋白 | 潜 血 | |
| cm | kg | kg | | cm | | | 1. 正 常 2. 有 所 見 | | | - ± + | - ± + | - ± + |
| | | | | | 左 (.) | [左] | オージオ1000 | オージオ4000 | 2+ 3+ 4+ | 2+ 3+ 4+ | 2+ 3+ 4+ | |
| | | | | | | 1. 正 常 2. 有 所 見 | | | A B C D E F | A B C D E F | A B C D E F | |
| 血 圧 | | 血 液 一 般 | | | | | | | | | | |
| 最高/最低 | mmHg | WBC | RBC | Hb | Ht | MCV | MCH | MCHC | PLT | | | |
| 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 | 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 |
| 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 | 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 | | | | 便 潜 血 反 応 |
|  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 | | | | - + A E |
| 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 | | | | | | 印 |