

生活習慣病予防健診 受診票（結果票）

特 定 健 診

（ 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
－	()	昭和 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. 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。
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 (.)	左 (.)	[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	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+	
										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		WBC	RBC	Hb	Ht	MCV	MCH	MCHC	PLT				
/ mmHg													
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	
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	