健　診　結　果　記　録　欄

R8.3 改訂

【記入において】※記入漏れがあった場合は確認のため、後日連絡させていただくことがあります。

○健診結果をコピーしてご提出される方

⇒記録欄の**太枠内（必須項目）は必ずご記入ください**（コピーに記載がある項目は省略可）。

●この「健診結果記録欄」に記入して提出される方

⇒**記録欄内すべての項目を**ご記入ください。

必須項目
枠内すべて
ご記入ください

※コピーに記載の
ある項目は省略可

健診日			**カナ**		
年　月　日			**氏名**		
日中連絡のとれる電話番号			**生年月日（年齢）**		
☎　－　－			昭和　年　月　日（　才）		
健診施設名			**診断医師名**		
既往歴	なし ・ あり（　）				
自覚症状	なし ・ あり（　）				
他覚症状	なし ・ あり（　）				
現在飲んでいる薬の有無	血圧を下げる薬　なし ・ あり				
	インスリン注射、血糖を下げる薬　なし ・ あり				
	コレステロールを下げる薬　なし ・ あり				
身長	cm	**体重**	kg	**腹囲**	cm
血圧（上／下）	／	**ＢＭＩ**		**喫煙**	なし ・ あり

脂質	中性脂肪（トリグリセリド）		**肝機能**	ＧＯＴ（ＡＳＴ）	
	LDL ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ			ＧＰＴ（ＡＬＴ）	
	HDL ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ			γ―ＧＴＰ（γ-ＧＴ）	
血糖	空腹時血糖		**尿**	蛋白	
	食後（随時）での血糖	血糖		糖	
		HbA1c			

健診の結果		
	１　異常認めず	２　要観察・要指導
	３　要医療	４　治療開始
	５　治療中（　）	
	６　その他（　）	

上記健康診査結果について、特定健康診査関連システムに登録されることに同意します。

令和　年　月　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

なお、提出いただいた健診結果等の情報は、特定健康診査の登録・分析以外には利用しません。

ご記入ありがとうございました。返送をお願いします。