

# 健 診 結 果 記 録 欄

【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

<b>健診日 ※R6.5月以降</b>				<b>カナ</b>			
年 月 日				<b>氏名</b>			
<b>日中連絡のとれる電話番号</b>				<b>生年月日（年齢）</b>			
☎ — —				昭和 年 月 日（ 才）			
<b>健診施設名</b>				<b>診断医師名</b>			
<b>既往歴</b>				なし・あり（ ）			
<b>自覚症状</b>				なし・あり（ ）			
<b>他覚症状</b>				なし・あり（ ）			
<b>現在飲んでいる薬の有無</b>		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			
<b>身長</b>		cm	<b>体重</b>		kg		
<b>血圧（上/下）</b>		/		<b>BMI</b>			
<b>脂 質</b>		中性脂肪		<b>肝機能</b>			
		※いずれか					
		空腹時				GOT (AST)	
		随時				GPT (ALT)	
<b>血 糖</b>		LDL コレステロール		γ-GTP (γ-GT)			
		HDL コレステロール		蛋白			
		HbA1c		糖			
		血糖		空腹時			
<b>健診の結果</b>		※いずれか		随時			
		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。