

特定健診結果記入票（個別）

この用紙はデータ入力のために使用するものです。健診機関に記入を依頼した場合の記入料・転記料は補助金対象外です。

◆健康診断・生活習慣病健診 受診結果の転記をお願い致します。（受診者が記入して下さい。）

◆本登録書式のすべての項目をご記入願います。（漏れがある場合、再提出をお願いします。）

記号	番号	生年月日	性別	受診者氏名
—		年 月 日		

必須項目		回答欄
健診年月日（記入漏れにご注意ください）		年 月 日
身体計測	身長	cm
	体重	kg
	BMI	
	腹囲	cm
血圧	最高血圧（収縮期血圧）	mmHg
	最低血圧（拡張期血圧）	mmHg
血中脂質	中性脂肪（TG トリグリセリド）	mg/dl
	HDLコレステロール	mg/dl
	LDLコレステロール	mg/dl
肝機能	GOT（AST）	IU/l
	GPT（ALT）	IU/l
	γ-GTP（γ-GT）	IU/l
血糖	空腹時血糖	mg/dl
	HbA1c <u>（食後10時間未満の場合は必須）</u>	%
	採血時間 <input type="checkbox"/> 食後10時間未満 <input type="checkbox"/> 食後10時間以上	
尿検査	尿中の糖	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+以上 <input type="checkbox"/> 排尿障害等
	尿中の蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+以上 <input type="checkbox"/> 排尿障害等
貧血	血色素量（ヘモグロビン）	g/dl
	赤血球数	万個
所見	他覚症状	
	既往歴	
	自覚症状	
診断	医師の診断	
	医師の氏名	