

## 【ご提供いただきたい事業者健診結果の項目】

### 1. 基本項目

- 保険者番号
- 健康保険証記号・番号・枝番（被扶養者番号）<sup>(注1)</sup>
- 氏名（カナ）
- 住所
- 生年月日
- 健診機関名（コード番号）
- 性別
- 健診受診年月日

### 2. 健診項目

- 身長、体重、BMI、腹囲
- 血圧
- 空腹時中性脂肪<sup>(注2)</sup>、  
HDL コレステロール、LDL コレステロール<sup>(注3)</sup>、  
空腹時血糖又はHbA1c（NGSP値）<sup>(注4)</sup>、  
肝機能（AST（GOT）、ALT（GPT）、 $\gamma$ -GTP（ $\gamma$ -GTP））、
- 尿検査（尿糖、尿たんぱく）

### 3. 問診項目

- 服薬歴
- 喫煙歴
- 既往歴及び自覚症状・他覚症状の有無

### 4. その他

- メタボリックシンドローム判定
- 医師の診断（判定）
- 健診を実施した医師名

（注1）受診者が被保険者の場合は省略可

（注2）脂質検査において、健診実施前に食事を摂取している等により空腹時中性脂肪が測定できない場合は、随時中性脂肪でも可

（注3）空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールの代わりにnon-HDLコレステロールでも可

（注4）やむを得ず空腹時血糖以外においてHbA1c（NGSP値）を測定しない場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き随時血糖でも可