

令和8年度健康診断結果票検査項目チェックシート

【身体測定 他】

- ☐ 記号・番号
- ☐ 性別
- ☐ 生年月日
- ☐ 身長
- ☐ 体重
- ☐ 腹囲
- ☐ BMI

【血圧】

- ☐ 収縮期血圧
- ☐ 拡張期血圧

【脂質】

- ☐ 空腹時中性脂肪※1
- ☐ HDLコレステロール
- ☐ LDLコレステロール※2

【肝機能検査】

- ☐ GOT (AST)
- ☐ GPT (ALT)
- ☐ γ -GTP

【血糖検査】

- ☐ 空腹時血糖※3もしくはHbA1c (NGSP値)

【尿検査】

- ☐ 尿糖
- ☐ 尿蛋白

【問診】

- ☐ 既往歴
- ☐ 服薬歴(血圧)
- ☐ 服薬歴(血糖)
- ☐ 服薬歴(脂質)
- ☐ 喫煙歴
- ☐ 自覚症状
- ☐ 他覚症状

【その他】

- ☐ 健診機関名
- ☐ 健診受診日
- ☐ 健康診断を実施した
医師の氏名
- ☐ 医師の診断

※1 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

※2 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は、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

※3 食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き、随時血糖も可。

上記が提供いただきたい健診結果データの必須項目です。

問診の結果がない場合には、質問票にてご回答をお願いいたします。

※もし実施していない場合は、特定健康診査の必須項目ですので、来年度からは実施をご検討くださいますようお願いいたします。