

健診の種類	1. 一般健診	保険者番号	
	2. 節目健診		
	6. 人間ドック		

全国健康保険協会管掌健康保険

健診結果通知票  
(特定健康診査)

1 / 4

[本人用]

(フリガナ)	生年月日	年	月	日生	記号		事業所名	事業所所在地	健診年月日
氏名	性別	1. 男	2. 女	年齢	歳	番号			年 月 日

指導区分	項目	検査結果		
診察等	身長・体重	cm kg		
	標準体重・BMI	kg kg/m <sup>2</sup>		
	腹囲	実測	cm	
		自己測定	cm	
		自己申告	cm	
		内臓脂肪面積	cm <sup>2</sup>	
		既往歴	1. 特記事項なし 2. 特記事項あり	
	服薬歴	1. 服薬あり 薬剤名		
		2. 服薬なし 服薬理由		
		血糖	1. 服薬あり 薬剤名 2. 服薬なし 服薬理由	
	脂質	1. 服薬あり 薬剤名		
		2. 服薬なし 服薬理由		
	喫煙	1. はい 2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない 3. いいえ		
	自覚症状	1. 特記事項なし 2. 特記事項あり		
	他覚症状	1. 特記事項なし 2. 特記事項あり		
	胸部・腹部	所見		
	視力	右	裸眼 矯正	
		左	裸眼 矯正	
	聴力	右	1. 所見なし	2. 所見なし
			2. 所見あり	2. 所見あり
左		1. 所見なし	2. 所見なし	
		2. 所見あり	2. 所見あり	
心拍数	拍/分			
肥満度	%			

指導区分	項目	検査結果
血圧	最高血圧 (収縮期血圧)	1回目 mmHg
		2回目 mmHg
		その他 mmHg
	最低血圧 (拡張期血圧)	1回目 mmHg 2回目 mmHg その他 mmHg
採血時間 (食後)	1. 食後10時間未満	
	2. 食後10時間以上	
	3. 食後3.5時間以上10時間未満	
	4. 食後3.5時間未満	
脂質	総コレステロール	mg/dl
	空腹時中性脂肪 (トリグリセリド)	可視吸光度法 mg/dl
		紫外吸光度法 mg/dl
	随時中性脂肪 (トリグリセリド)	可視吸光度法 mg/dl
		紫外吸光度法 mg/dl
	HDL-コレステロール	可視吸光度法 mg/dl
		紫外吸光度法 mg/dl
	LDL-コレステロール	可視吸光度法 mg/dl
紫外吸光度法 mg/dl		
Non-HDLコレステロール	計算法 mg/dl	

指導区分	項目	検査結果
肝機能等	AST (GOT)	紫外吸光度法 U/1
		その他 U/1
	ALT (GPT)	紫外吸光度法 U/1
		その他 U/1
	γ-GT (γ-GTP)	可視吸光度法 U/1
		その他 U/1
	ALP	可視吸光度法 U/1
		IFCC対応法 U/1
	総蛋白	g/dl
	アルブミン	g/dl
	総ビリルビン	mg/dl
	LDH	紫外吸光度法 U/1
IFCC対応法 U/1		
その他	U/1	
アミラーゼ	U/1 SOU	

- ※ 指導区分
1. この検査の範囲では異常ありません。
  2. わずかに基準範囲をはずれていますが、日常生活に差し支えありません。
  3. 日常生活に注意を要し、経過の観察を必要とします。
  4. 治療を必要とします。
  5. 精密検査を必要とします。
  6. 治療中

病院名称 実施機関001  
 診療所 所在地 健診機関の所在地  
 電話 03-5555-8888  
 医師名

- この通知票は、あなたの健康のための大切な記録ですから、紛失ないように保管してください。  
 ○この次に健診を受けるときは、必ずこの通知票をご持参ください。  
 ○この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導(特定保健指導含む)・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施するときに限り使われます。

### 健康診断を機に生活習慣を振り返りましょう

健診は、ご自身の身体の状態を確認できる年に1度の機会です。結果を確認し、精密検査が必要な場合は早めに医療機関で受診しましょう。

全国健康保険協会では、健康診断の結果、メタボリックシンドロームのリスク数に応じて、生活習慣病発症のリスクが高い方を対象に無料で特定保健指導を行っています。対象になった方には事業所へ訪問し、食事や運動などご本人の話をお聞きしながら保健師・管理栄養士が専門的な立場から健康づくりをサポートしています。また、健診機関で保健指導を受けられる場合もあります。

健診受診率や特定保健指導実施率が各都道府県支部の保険料に影響する場合がありますので、積極的に生活習慣病予防健診を受診していただき、健診結果等から特定保健指導の対象と判定された方は、ぜひ特定保健指導もご利用願います。

詳しくは、各都道府県の全国健康保険協会支部へお問い合わせください。

### ●お問い合わせ先

協会支部名	電話番号
北海道	011-726-0352
青森	017-721-2723
岩手	019-604-9009
宮城	022-714-6850
秋田	018-883-1800
山形	023-629-7225
福島	024-523-3919
茨城	029-303-1500
栃木	028-616-1691
群馬	027-219-2100
埼玉	048-658-5919
千葉	043-332-2811
東京都	03-6853-6111
神奈川県	045-270-8431
新潟	025-242-0260
富山	076-431-6155
石川	076-264-7200
福井	0776-27-8300
山梨	055-220-7750
長野	026-238-1250
岐阜	058-255-5155
静岡県	054-275-6601
愛知県	052-856-1490
三重	059-225-3311

協会支部名	電話番号
滋賀	077-522-1099
京都	075-256-8630
大阪	06-7711-3570
兵庫	078-252-8701
奈良	0742-30-3700
和歌山	073-421-3100
鳥取	0857-25-0050
島根	0852-59-5139
岡山	086-803-5780
広島	082-568-1011
山口	083-974-1501
徳島	088-602-0250
香川	087-811-0570
愛媛	089-947-2100
高知	088-820-6010
福岡	092-477-7250
佐賀	0952-27-0615
長崎	095-829-5002
熊本	096-240-1030
大分	097-573-5630
宮崎	0985-35-5364
鹿児島	099-219-1734
沖縄	098-951-2211

※移転等により電話番号が最新の情報となっていない場合があります。  
その場合は、全国健康保険協会ホームページより、電話番号をご確認ください。

全国健康保険協会  
<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/>

健診の種類	1. 一般健診	保険者番号	
	2. 節目健診		
	6. 人間ドック		

全国健康保険協会管掌健康保険

健診結果通知票  
(特定健康診査)

2 / 4

[本人用]

(フリガナ)	生年月日	年	月	日生	記号	事業所名	事業所所在地	健診年月日
氏名	性別	1. 男	2. 女	年齢	歳	番号		年 月 日

指導区分	項目	検査結果
血糖	空腹時血糖	電位差法 mg/dl
		可視吸光度法 mg/dl
		紫外吸光度法 mg/dl
		その他 mg/dl
	随時血糖	電位差法 mg/dl
		可視吸光度法 mg/dl
		紫外吸光度法 mg/dl
		その他 mg/dl
	ヘモグロビンA1c (NGSP値)	ラテックス凝集比濁法 %
		HPLC %
		酵素法 %
		その他 %
	尿糖	試験紙法(機械読み取り) ± 1+ 2+ 3+以上
		試験紙法(目視法) [- ± 1+ 2+ 3+以上]
尿酸	尿酸 mg/dl	
尿一般・腎	尿蛋白	試験紙法(機械読み取り) 0 ± 1+ 2+ 3+
		試験紙法(目視法) [- ± 1+ 2+ 3+]
	尿潜血	(-) ± 1+ 2+ 3+
	血清クレアチニン	可視吸光度法(酵素法) mg/dl
		その他 mg/dl
		対象者 ① 詳細健診以外で実施
		実施理由 1. 検査結果による血清クレアチニン検査対象者
	eGFR	mL/min/1.73m <sup>2</sup>
	尿沈渣	赤血球 白血球 上皮細胞
		円柱 その他
血液一般	ヘマトクリット値 %	
	血色素量(ヘモグロビン値) g/dl	
	赤血球数 ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	
	白血球数 ×10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	
	血小板数 ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	
	末梢血液像	Baso % Eosino %
		Stab % Seg % (又はNeutro %)
		Lympho % Mono % Other %

指導区分	項目	検査結果	
血液一般	MCV	f1	
	MCH	pg	
	MCHC	%	
	CRP	可視吸光度法(ラテックス凝集比濁法)	mg/dL
		可視吸光度法(免疫比濁法)	mg/dL
		その他	mg/dL
血液型(ABO)	試験管法 カラム凝集法 [ A B AB O ]		
血液型(Rh)	試験管法 カラム凝集法 [ + - ]		
心電図	心電図	所見	
		① 詳細健診以外で実施 対象者 1. 検査結果による心電図検査対象者 2. 不整脈による心電図検査対象者	
胸部	X線(間接・直接)	所見	

病院名称 実施機関001

診療所 所在地 健診機関の所在地

電話 03-5555-8888

医師名

○この通知票は、あなたの健康のための大切な記録ですから、紛失しないようにしてください。

○この次に健診を受けるときは、必ずこの通知票をご持参ください。

○この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導(特定保健指導含む)・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されることのない方法で統計・調査研究を実施する時に限り使われます。



健診の種類	1. 一般健診	保険者番号	
	2. 節目健診		
	6. 人間ドック		

全国健康保険協会管掌健康保険

健診結果通知票  
(特定健康診査)

3 / 4

[本人用]

(フリガナ)	生年月日	年	月	日生	記号	事業所名	事業所所在地	健診年月日
氏名	性別	1. 男	2. 女	年齢	歳	番号		年 月 日

指導区分	項目	検査結果
眼底	眼底 (注)	K. W. ( ) S c h e i e ( H S ) S C O T T ( ) Wong-Mitchell ( ) 改変Davis ( ) 所見
		対象者 1. 検査結果による眼底検査対象者 実施理由
眼圧	眼圧	右 mmHg
		左 mmHg
呼吸機能	努力肺活量	ℓ
	一秒量・一秒率	ℓ %
	肺機能検査(%VC)	%
喀痰	喀痰検査(塗抹鏡検・一般細菌)	所見
	喀痰検査(塗抹鏡検・抗酸菌)	[ - ± + 2+ 3+ ]
	喀痰検査(ガフキー号数)	[ 0号 1号 2号 3号 4号 5号 6号 7号 8号 9号 10号 ]
	喀痰細胞診検査	[ A B C D E ]
胃部	X線 (間接・直接)	所見
	内視鏡	所見
腹部	腹部超音波	所見

(注) 眼底検査は、医師の判断により一般健診において実施される場合があります。

指導区分	項目	検査結果
大腸	免疫便潜血反応	1日目 [ - + ] 2日目 [ + ]
	直腸診	所見
乳房	触診等	所見
	乳房エックス線 (内外斜位・内外斜位及び頭尾)	所見
	乳腺超音波	所見
子宮	細胞診 (スメア)	1. 特に異常を認めず 2. 要精密検査
	細胞診 (ベセスダ分類)	01. NILM 02. ASC-US 03. ASC-H 04. LSIL 05. HSIL 06. SCC 07. AGC 08. AIS 09. Adenocarcinoma 10. other
肝炎	HB s 抗原	-
	HCV抗体	1. C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い。 2. C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い。 3. 要HCV核酸増幅検査
	HCV核酸増幅検査	1. C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い。 2. C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い。

病院名称 実施機関001

診療所 所在地 健診機関の所在地

電話 03-5555-8888

医師名

○この通知票は、あなたの健康のための大切な記録ですから、紛失しないようにしてください。

○この次に健診を受けるときは、必ずこの通知票をご持参ください。

○この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導(特定保健指導含む)・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されることのない方法で統計・調査研究を実施する時に限り使われます。



健診の種類	1. 一般健診	保険者番号	
	2. 節目健診		
	6. 人間ドック		

全国健康保険協会管掌健康保険

健診結果通知票  
(特定健康診査)

4 / 4

[本人用]

(フリガナ)	生年月日	年	月	日生	記号		事業所名		事業所所在地		健診年月日
氏名	性別	1. 男	2. 女	年齢	歳	番号					年 月 日

指導区分	項目	検査結果	
前立腺	PSA(前立腺特異抗原)	[ 陽性 陰性 ]	
骨密度	MD法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	CXD法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	DIP法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	SXA法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	pQCT法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	REMS法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	DXA法 (腰椎撮影のみ)	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
DXA法 (腰椎撮影と大腿骨同時撮影)	同年齢比較	%	
	若年時比較	%YAM	
超音波法	同年齢比較	%	
	若年時比較	%YAM	

指導区分	1. この検査の範囲では異常ありません。 2. わずかに基準範囲をはずれていますが、日常生活に差し支えありません。 3. 日常生活に注意を要し、経過の観察を必要とします。 4. 治療を必要とします。 5. 精密検査を必要とします。 ----- 6. 治療中 (総合所見の指導区分は、6に該当する項目を除いて判定したものです。)	
	測定不可能・検査未実施の理由	1. 生理中 2. 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する 3. その他
	医師の診断(判定)	

メタボリックシンドローム判定	
----------------	--

病院名称 実施機関001

診療所 所在地 健診機関の所在地

電話 03-5555-8888

医師名

- この通知票は、あなたの健康のための大切な記録ですから、紛失しないようにしてください。
- この次に健診を受けるときは、必ずこの通知票をご持参ください。
- 指導区分が4または5に該当した方は、かかりつけの病院などの医療機関で受診してください。
- この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導(特定保健指導含む)・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されることのない方法で統計・調査研究を実施する時に限り使われます。



健診の種類	1. 一般健診 2. 節目健診 6. 人間ドック	保険者番号	
-------	--------------------------------	-------	--

全国健康保険協会管掌健康保険

健診結果通知票  
(特定健康診査)

1 / 4

[全国健康保険協会 (支部) 用]

(フリガナ)	生年月日	年	月	日生	記号	事業所名	事業所所在地	健診年月日
氏名	性別	1. 男	2. 女	年齢	歳	番号		年 月 日

指導区分	項目	検査結果	
診察等	身長・体重	cm kg	
	標準体重・BMI	kg kg/m <sup>2</sup>	
	腹囲	実測	cm
		自己測定	cm
		自己申告	cm
		内臓脂肪面積	cm <sup>2</sup>
	既往歴	1. 特記事項なし 2. 特記事項あり	
	服薬歴	血圧	1. 服薬あり 薬剤名
			2. 服薬なし 服薬理由
		血糖	1. 服薬あり 薬剤名
			2. 服薬なし 服薬理由
	脂質	1. 服薬あり 薬剤名	
		2. 服薬なし 服薬理由	
	喫煙	1. はい 2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない 3. いいえ	
	自覚症状	1. 特記事項なし 2. 特記事項あり	
他覚症状	1. 特記事項なし 2. 特記事項あり		
胸部・腹部	所見		
視力	右	裸眼 矯正	
	左	裸眼 矯正	
聴力	右	1. 所見なし	
		2. 所見あり	
	左	1. 所見なし	
		2. 所見あり	
心拍数	拍/分		
肥満度	%		

指導区分	項目	検査結果
血圧	最高血圧 (収縮期血圧)	1回目 mmHg
		2回目 mmHg
		その他 mmHg
	最低血圧 (拡張期血圧)	1回目 mmHg
		2回目 mmHg
		その他 mmHg
採血時間 (食後)	1. 食後10時間未満	
	2. 食後10時間以上	
	3. 食後3.5時間以上10時間未満	
	4. 食後3.5時間未満	
脂質	総コレステロール	mg/dℓ
	空腹時中性脂肪(トリグリセリド)	可視吸光光度法 mg/dℓ
		紫外吸光光度法 mg/dℓ
		その他 mg/dℓ
	随時中性脂肪(トリグリセリド)	可視吸光光度法 mg/dℓ
		紫外吸光光度法 mg/dℓ
		その他 mg/dℓ
	HDL-コレステロール	可視吸光光度法 mg/dℓ
	LDL-コレステロール	紫外吸光光度法 mg/dℓ
		可視吸光光度法 mg/dℓ
その他 mg/dℓ		
Non-HDLコレステロール	計算法 mg/dℓ	

指導区分	項目	検査結果
肝機能等	AST (GOT)	紫外吸光光度法 U/l
		その他 U/l
		紫外吸光光度法 U/l
	ALT (GPT)	紫外吸光光度法 U/l
		その他 U/l
		可視吸光光度法 U/l
	γ-GT (γ-GTP)	可視吸光光度法 U/l
		その他 U/l
		可視吸光光度法 U/l
	ALP	I F C C 対応法 U/l
		その他 U/l
		紫外吸光光度法 U/l
	総蛋白	g/dℓ
	アルブミン	g/dℓ
	総ビリルビン	mg/dℓ
LDH	紫外吸光光度法 U/l	
	I F C C 対応法 U/l	
	その他 U/l	
アミラーゼ	U/l S O U	

○この通知票の結果に基づき、全国健康保険協会の保健師等が、保健指導のために打合せを行うことがありますので、ご協力をお願いいたします。

- ※ 指導区分
1. この検査の範囲では異常ありません。
  2. わずかに基準範囲をはずれていますが、日常生活に差し支えありません。
  3. 日常生活に注意を要し、経過の観察を必要とします。
  4. 治療を必要とします。
  5. 精密検査を必要とします。
  6. 治療中

病院名称 実施機関001

診療所所在地 健診機関の所在地

電話 03-5555-8888

医師名

健診の種類	1. 一般健診 2. 節目健診 6. 人間ドック	保険者番号	
-------	--------------------------------	-------	--

全国健康保険協会管掌健康保険

健診結果通知票  
(特定健康診査)

2 / 4

[全国健康保険協会(支部)用]

(フリガナ)	生年月日	年	月	日生	記号	事業所名	事業所所在地	健診年月日
氏名	性別	1. 男	2. 女	年齢	歳	番号		年 月 日

指導区分	項目	検査結果
血糖	空腹時血糖	電位差法 mg/dℓ
		可視吸光光度法 mg/dℓ
		紫外吸光光度法 mg/dℓ
		その他 mg/dℓ
	随時血糖	電位差法 mg/dℓ
		可視吸光光度法 mg/dℓ
		紫外吸光光度法 mg/dℓ
		その他 mg/dℓ
	ヘモグロビンA1c (NGSP値)	ラテックス凝集比濁法 %
		HPLC %
		酵素法 %
		その他 %
尿糖	試験紙法(機械読み取り) ± 1+ 2+ 3+以上	
	試験紙法(目視法) [- ± 1+ 2+ 3+以上]	
尿酸	尿酸 mg/dℓ	
尿一般・腎	尿蛋白	試験紙法(機械読み取り) ( ) ± 1+ 2+ 3+ ]
		試験紙法(目視法) [- ± 1+ 2+ 3+ ]
	尿潜血	( ) ± 1+ 2+ 3+ ]
		可視吸光光度法(酵素法) mg/dℓ
	その他 mg/dℓ	
	血清クレアチニン	対象者 詳細健診以外で実施
		実施理由 1. 検査結果による血清クレアチニン検査対象者
	eGFR	ml/min/1.73m <sup>2</sup>
	尿沈渣	赤血球 白血球 上皮細胞
		円柱 その他
血液一般	ヘマトクリット値 %	
	血色素量(ヘモグロビン値) g/dℓ	
	赤血球数 ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	
	白血球数 ×10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	
	血小板数 ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	
	末梢血液像	Baso % Eosino %
		Stab % Seg % (又はNeutro %)
	Lympho % Mono % Other %	

指導区分	項目	検査結果
血液一般	MCV	f1
	MCH	pg
	MCHC	%
	CRP	可視吸光光度法(ラテックス凝集比濁法) mg/dL
		可視吸光光度法(免役比濁法) mg/dL
		その他 mg/dL
血液型(ABO)	試験管法 カラム凝集法 [ A B AB O ]	
	その他 [ A B AB O ]	
血液型(Rh)	試験管法 カラム凝集法 [ + - ]	
	その他 [ + - ]	
心電図	心電図	所見
		対象者 詳細健診以外で実施 1. 検査結果による心電図検査対象者 2. 不整脈による心電図検査対象者
胸部	X線(間接・直接)	所見

病院名称 実施機関001

診療所 所在地 健診機関の所在地

電話 03-5555-8888

医師名

健診の種類	① 一般健診 2. 節目健診 6. 人間ドック	保険者番号	
-------	-------------------------------	-------	--

全国健康保険協会管掌健康保険

健診結果通知票  
(特定健康診査)

3/4

[全国健康保険協会(支部)用]

(フリガナ)	生年月日	年	月	日生	記号	事業所名	事業所所在地	健診年月日
氏名	性別	1. 男	2. 女	年齢	歳	番号		年 月 日

指導区分	項目	検査結果
眼底	眼底 (注)	K. W. ( ) Scheie (H S ) SCOTT ( ) Wong-Mitchell ( ) 改変Davis ( ) 所見
		対象者 ① 詳細健診以外で実施 1. 検査結果による眼底検査対象者 実施理由
眼圧	眼圧	右 mmHg 左 mmHg
呼吸機能	努力肺活量	ℓ
	一秒量・一秒率	ℓ %
	肺機能検査(%VC)	%
喀痰	喀痰検査(塗抹鏡検・一般細菌)	所見
	喀痰検査(塗抹鏡検・抗酸菌)	[ - ± + 2+ 3+ ]
	喀痰検査(ガフキー号数)	[ 0号 1号 2号 3号 4号 5号 6号 7号 8号 9号 10号 ]
	喀痰細胞診検査	[ A B C D E ]
胃部	X線 (間接・直接)	所見
	内視鏡	所見
腹部	腹部超音波	所見

(注) 眼底検査は、医師の判断により一般健診において実施される場合があります。

指導区分	項目	検査結果
大腸	免疫便潜血反応	1日目 [ - + ] 2日目 [ - + ]
	直腸診	所見
乳房	触診等	所見
	乳房エックス線 (内外斜位・内外斜位及び頭尾)	所見
	触診等	所見
子宮	乳腺超音波	所見
	細胞診 (スメア)	1. 特に異常を認めず ② 要精密検査
肝炎	細胞診 (パセズグ分類)	01. NILM 02. ASC-US 03. ASC-H 04. LSIL 05. HSIL 06. SCC 07. AGC ⑧ 09. AIS 10. other
	HBs抗原	-
	HCV抗体	① C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い。 2. C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い。 3. 要HCV核酸増幅検査
	HCV核酸増幅検査	1. C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い。 2. C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い。

病院名称 実施機関001  
診療所 所在地 健診機関の所在地  
電話 03-5555-8888  
医師名

健診の種類	1. 一般健診	保険者番号	
	2. 節目健診		
	6. 人間ドック		

全国健康保険協会管掌健康保険

健診結果通知票  
(特定健康診査)

4 / 4

[全国健康保険協会(支部)用]

(フリガナ)	生年月日	年	月	日生	記号	事業所名	事業所所在地	健診年月日
氏名	性別	1. 男	2. 女	年齢	歳	番号		年 月 日

指導区分	項目	検査結果	
前立腺	PSA(前立腺特異抗原)	[ 陽性 陰性 ]	
骨密度	MD法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	CXD法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	DIP法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	SXA法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	pQCT法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	REMS法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	DXA法 (腰椎撮影のみ)	同年齢比較	%
若年時比較		%YAM	
DXA法 (腰椎撮影と大腿骨同時撮影)	同年齢比較	%	
	若年時比較	%YAM	
超音波法	同年齢比較	%	
	若年時比較	%YAM	

指導区分	1. この検査の範囲では異常ありません。 2. わずかに基準範囲をはずれていますが、日常生活に差し支えありません。 3. 日常生活に注意を要し、経過の観察を必要とします。 4. 治療を必要とします。 5. 精密検査を必要とします。	
	6. 治療中 (総合所見の指導区分は、6に該当する項目を除いて判定したものです。)	
総合所見	測定不可能・検査未実施の理由	1. 生理中 2. 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する 3. その他
	医師の診断(判定)	

メタボリックシンドローム判定	
----------------	--

病院名称 実施機関001

診療所所在地 健診機関の所在地

電話 03-5555-8888

医師名

健診の種類	1. 一般健診	保険者番号	
	2. 節目健診		
	6. 人間ドック		

全国健康保険協会管掌健康保険

健診結果通知票  
(特定健康診査)

1 / 4

[医療機関用]

(フリガナ)	生年月日	年	月	日生	記号	事業所名	事業所所在地	健診年月日
氏名	性別	1. 男	2. 女	年齢	歳	番号		年 月 日

指導区分	項目	検査結果	
診察等	身長・体重	cm kg	
	標準体重・BMI	kg kg/m <sup>2</sup>	
	腹囲	実測	cm
		自己測定	cm
		自己申告	cm
		内臓脂肪面積	cm <sup>2</sup>
	既往歴	1. 特記事項なし 2. 特記事項あり	
	服薬歴	血圧	1. 服薬あり 薬剤名
			2. 服薬なし 服薬理由
		血糖	1. 服薬あり 薬剤名
			2. 服薬なし 服薬理由
	脂質	1. 服薬あり 薬剤名	
		2. 服薬なし 服薬理由	
	喫煙	1. はい 2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない 3. いいえ	
	自覚症状	1. 特記事項なし 2. 特記事項あり	
他覚症状	1. 特記事項なし 2. 特記事項あり		
胸部・腹部	所見		
視力	右	裸眼 矯正	
	左	裸眼 矯正	
聴力	右	1. 所見なし	
		2. 所見あり	
	左	1. 所見なし	
		2. 所見あり	
心拍数	拍/分		
肥満度	%		

指導区分	項目	検査結果
血圧	最高血圧 (収縮期血圧)	1回目 mmHg
		2回目 mmHg
		その他 mmHg
	最低血圧 (拡張期血圧)	1回目 mmHg
		2回目 mmHg
		その他 mmHg
採血時間 (食後)	1. 食後10時間未満	
	2. 食後10時間以上	
	3. 食後3.5時間以上10時間未満	
	4. 食後3.5時間未満	
脂質	総コレステロール	mg/dℓ
	空腹時中性脂肪(トリグリセリド)	可視吸光度法 mg/dℓ
		紫外吸光度法 mg/dℓ
		その他 mg/dℓ
	随時中性脂肪(トリグリセリド)	可視吸光度法 mg/dℓ
		紫外吸光度法 mg/dℓ
		その他 mg/dℓ
	HDL-コレステロール	可視吸光度法 mg/dℓ
		紫外吸光度法 mg/dℓ
	LDL-コレステロール	可視吸光度法 mg/dℓ
紫外吸光度法 mg/dℓ		
その他 mg/dℓ		
Non-HDLコレステロール	計算法 mg/dℓ	

指導区分	項目	検査結果
肝機能等	AST (GOT)	紫外吸光度法 U/1
		その他 U/1
	ALT (GPT)	紫外吸光度法 U/1
		その他 U/1
	γ-GT (γ-GTP)	可視吸光度法 U/1
		その他 U/1
	ALP	可視吸光度法 U/1
		IFCC対応法 U/1
		その他 U/1
	総蛋白	g/dℓ
	アルブミン	g/dℓ
	総ビリルビン	mg/dℓ
	LDH	紫外吸光度法 U/1
		IFCC対応法 U/1
	アミラーゼ	U/1 SOU

○この通知票の結果に基づき、全国健康保険協会の保健師等が、保健指導のために打合せを行うことがありますので、ご協力をお願いいたします。

- ※ 指導区分
1. この検査の範囲では異常ありません。
  2. わずかに基準範囲をはずれていますが、日常生活に差し支えありません。
  3. 日常生活に注意を要し、経過の観察を必要とします。
  4. 治療を必要とします。
  5. 精密検査を必要とします。
  6. 治療中

病院名称 実施機関001

診療所所在地 健診機関の所在地

電話 03-5555-8888

医師名

健診の種類	1. 一般健診	保険者番号	
	2. 節目健診		
	6. 人間ドック		

全国健康保険協会管掌健康保険

健診結果通知票  
(特定健康診査)

2 / 4

[医療機関用]

(フリガナ)	生年月日	年	月	日生	記号	事業所名	事業所所在地	健診年月日
氏名	性別	1. 男	2. 女	年齢	歳	番号		年 月 日

指導区分	項目	検査結果
血糖	空腹時血糖	電位差法 mg/dℓ
		可視吸光光度法 mg/dℓ
		紫外吸光光度法 mg/dℓ
		その他 mg/dℓ
	随時血糖	電位差法 mg/dℓ
		可視吸光光度法 mg/dℓ
		紫外吸光光度法 mg/dℓ
		その他 mg/dℓ
	ヘモグロビンA1c (NGSP値)	ラテックス凝集比濁法 %
		HPLC %
		酵素法 %
		その他 %
尿糖	試験紙法(機械読み取り) ± 1+ 2+ 3+以上]	
	試験紙法(目視法) [- ± 1+ 2+ 3+以上]	
尿酸	尿酸 mg/dℓ	
尿一般・腎	尿蛋白	試験紙法(機械読み取り) ± 1+ 2+ 3+]
		試験紙法(目視法) [- ± 1+ 2+ 3+]
	尿潜血	[- ± 1+ 2+ 3+]
		可視吸光光度法(酵素法) mg/dℓ
	血清クレアチニン	その他 mg/dℓ
		対象者 0. 詳細健診以外で実施
		1. 検査結果による血清クレアチニン検査対象者
		実施理由
	eGFR ml/min/1.73m <sup>2</sup>	
	尿沈渣	赤血球 白血球 上皮細胞
円柱 その他		
血液一般	ヘマトクリット値 %	
	血色素量(ヘモグロビン値) g/dℓ	
	赤血球数 ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	
	白血球数 ×10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	
	血小板数 ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	
	末梢血液像 Baso % Eosino %	
	Stab % Seg % (又はNeutro %)	
Lympho % Mono % Other %		

指導区分	項目	検査結果
血液一般	MCV f1	
	MCH pg	
	MCHC %	
	CRP	可視吸光光度法(ラテックス凝集比濁法) mg/dℓ
		可視吸光光度法(免疫比濁法) mg/dℓ
		その他 mg/dℓ
血液型(ABO)	試験管法 カラム凝集法 [ A B AB O ]	
	その他 [ A B AB O ]	
血液型(Rh)	試験管法 カラム凝集法 [ + - ]	
	その他 [ + - ]	
心電図	心電図	所見
	0. 詳細健診以外で実施	
	対象者	1. 検査結果による心電図検査対象者 2. 不整脈による心電図検査対象者
胸部	X線(間接・直接)	所見

病院名称 実施機関001

診療所 所在地 健診機関の所在地

電話 03-5555-8888

医師名

健診の種類	1. 一般健診 2. 節目健診 6. 人間ドック	保険者番号	
-------	--------------------------------	-------	--

全国健康保険協会管掌健康保険

健診結果通知票  
(特定健康診査)

3 / 4

[医療機関用]

(フリガナ)	生年月日	年	月	日生	記号	事業所名	事業所所在地	健診年月日
氏名	性別	1. 男	2. 女	年齢	歳	番号		年 月 日

指導区分	項目	検査結果
眼底	眼底 (注)	K. W. ( ) Scheie (H S ) SCOTT ( ) Wong-Mitchell ( ) 改変Davis ( ) 所見
		対象者 ① 詳細健診以外で実施 1. 検査結果による眼底検査対象者 実施理由
眼圧	眼圧	右 mmHg 左 mmHg
呼吸機能	努力肺活量	ℓ
	一秒量・一秒率	ℓ %
	肺機能検査(RVC)	%
喀痰	喀痰検査(塗抹鏡検・一般細菌)	所見
	喀痰検査(塗抹鏡検・抗酸菌)	[ - ± + 2+ 3+ ]
	喀痰検査(ガフキー号数)	[ 0号 1号 2号 3号 4号 5号 6号 7号 8号 9号 10号 ]
	喀痰細胞診検査	[ A B C D E ]
胃 部	X線 (間接・直接)	所見
	内視鏡	所見
腹 部	腹部超音波	所見

(注) 眼底検査は、医師の判断により一般健診において実施される場合があります。

指導区分	項目	検査結果
大腸	免疫便潜血反応	1日目 [ - + ] 2日目 [ - + ]
	直腸診	所見
乳房	触診等	所見
	乳房エックス線 (内外斜位・内外斜位及び頭尾)	所見
	乳腺超音波	所見
子宮	細胞診 (スメア)	1. 特に異常を認めず ② 要精密検査
	細胞診 (パセズグ分類)	01. NILM 02. ASC-US 03. ASC-H 04. LSIL 05. HSIL 06. SCC 07. AGC ⑧ AIS 09. Adenocarcinoma 10. other
肝 炎	HBs抗原	-
	HCV抗体	① C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い。 2. C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い。 3. 要HCV核酸増幅検査
	HCV核酸増幅検査	1. C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い。 2. C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い。

病 院 名 称 実施機関001  
診 療 所 所在地 健診機関の所在地  
電 話 03-5555-8888  
医 師 名

健診の種類	① 一般健診 2. 節目健診 6. 人間ドック	保険者番号	
-------	-------------------------------	-------	--

全国健康保険協会管掌健康保険

健診結果通知票  
(特定健康診査)

4 / 4

[医療機関用]

(フリガナ)	生年月日	年	月	日生	記号	事業所名	事業所所在地	健診年月日
氏名	性別	1. 男	2. 女	年齢	歳	番号		年 月 日

指導区分	項目	検査結果	
前立腺	PSA(前立腺特異抗原)	[ 陽性 陰性 ]	
骨密度	MD法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	CXD法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	DIP法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	SXA法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	pQCT法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	REMS法	同年齢比較	%
		若年時比較	%YAM
	DXA法 (腰椎撮影のみ)	同年齢比較	%
若年時比較		%YAM	
DXA法 (腰椎撮影と大腿骨同時撮影)	同年齢比較	%	
	若年時比較	%YAM	
超音波法	同年齢比較	%	
	若年時比較	%YAM	

指導区分	1. この検査の範囲では異常ありません。 2. わずかに基準範囲をはずれていますが、日常生活に差し支えありません。 3. 日常生活に注意を要し、経過の観察を必要とします。 4. 治療を必要とします。 5. 精密検査を必要とします。	
	6. 治療中 (総合所見の指導区分は、6に該当する項目を除いて判定したものです。)	
総合所見	測定不可能・検査未実施の理由	1. 生理中 2. 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する 3. その他
	医師の診断(判定)	

メタボリックシンドローム判定	
----------------	--

病院名称 実施機関001

診療所所在地 健診機関の所在地

電話 03-5555-8888

医師名