

健診結果書き取り票

事業所記号

事業所名称

健診データ項目		記入例					
対象者データ	番号	1					
	氏名(カ)	カハ ハカ					
	生年月日	19751001					
	性別	女					
	健診実施年月日	20210901					
	既往歴	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
		高血圧					
	自覚症状	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
		めまいがする					
	他覚症状	有 無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	身長 (cm)	165.3					
	体重 (kg)	63.5					
	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	23.2					
	腹囲 (cm)	82.5					
血圧	最高血圧 (収縮期) (mmHg)	128					
	最低血圧 (拡張期) (mmHg)	83					
採血時間	a.食直後10時間以上 b.食直後3.5時間以上10時間未満 c.食直後3.5時間未満	a					
肝機能検査	GOT (AST) (U/l)	29					
	GPT (ALT) (U/l)	28					
	γ-GTP (γ-GT) (U/l)	47					
血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dl)	118					
	HDLコレステロール (mg/dl)	60					
	トリグリセライド (中性脂肪) (mg/dl)	119					
尿検査	糖	(-)					
	蛋白	(-)					
血糖検査	空腹時血糖 (mg/dl)	100					
	随時血糖 (mg/dl)						
	HbA1c (%)	5.1					
	医師の診断 (判定) ・意見	正常範囲内					
	健診実施機関名	〇〇〇〇病院					
	医師名	△△△△					
	服薬歴1 (血圧)	有 無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	服薬歴2 (血糖)	有 無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	服薬歴3 (脂質)	有 無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
喫煙歴	1 : はい	1・2 3					
	2 : 以前 (1か月前) 吸っていた						
	3 : いいえ						
	メタボ判定	非該当					