

健診項目確認表

協会けんぽへご提出いただく健診結果に、下記の項目が記載されているか確認をお願いいたします。

区分	定期健診結果等必要項目	チェック欄
問診	既往歴	<input type="checkbox"/>
	自覚症状	<input type="checkbox"/>
	他覚症状	<input type="checkbox"/>
	喫煙歴	<input type="checkbox"/>
	服薬情報(血圧、血糖、脂質)	<input type="checkbox"/>
健診等	身長	<input type="checkbox"/>
	体重	<input type="checkbox"/>
	腹囲	<input type="checkbox"/>
	BMI	<input type="checkbox"/>
	血圧	<input type="checkbox"/>
	中性脂肪(TG、トリグリセライド)	<input type="checkbox"/>
	HDLコレステロール	<input type="checkbox"/>
	①LDLコレステロール or ②non-HDLコレステロール	①または② いずれか1つ <input type="checkbox"/>
	GOT(AST)	<input type="checkbox"/>
	GPT(ALT)	<input type="checkbox"/>
	γ-GTP(γ-GT)	<input type="checkbox"/>
	①空腹時血糖 or ②ヘモグロビンA1c(HbA1c) or ③随時血糖(食後3.5時間以上～) ※HbA1c NGSP値のみ	①または②または③ いずれか1つ <input type="checkbox"/>
	尿糖	<input type="checkbox"/>
	尿蛋白	<input type="checkbox"/>
健診機関(病院)名	<input type="checkbox"/>	
医師の診断(判定)	<input type="checkbox"/>	
医師氏名(健診を実施した)	<input type="checkbox"/>	
その他	会社名	<input type="checkbox"/>
	氏名(カナ)	<input type="checkbox"/>
	生年月日	<input type="checkbox"/>
	性別	<input type="checkbox"/>
	受診年月日	<input type="checkbox"/>
	健康保険証の記号、番号 ※不明な場合、省略可	<input type="checkbox"/>
	対象年齢 ※対象年齢:40～74歳	<input type="checkbox"/>

- 対象者は、健診受診日に、協会けんぽに加入している被保険者(40～74歳)です。
- 上記項目以外の定期健診結果が記載されている場合、従業員様の同意が必要です。
また、上記項目に不足がある場合は「同意書兼質問票」または「健診結果表」に追記してください。