

健診の種類	1. 一般健診	健康保険被 保険者証の 保険者番号	
	2. 一般健診 及び付加健診		

全国健康保険協会管掌健康保険

生活習慣病予防健診結果通知票
(特定健康診査)

1 / 4

[本人用]

(刀カナ)	生年月日	平成 年 月 日生	健康保険 の記号		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	被保険者 の番号		平成 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 ²	
	腹 囲	実測	cm	
		自己測定	cm	
		自己申告	cm	
	内臓脂肪面積		cm ²	
	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
	喫煙歴	1. 喫煙歴あり 2. 喫煙歴なし		
	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	1,000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり	
		4,000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり	
	左	1,000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり	
		4,000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり	

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
	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
		紫外吸光光度法	mg/dℓ
		その他	mg/dℓ
	LDL-コレステロール	可視吸光光度法	mg/dℓ
		紫外吸光光度法	mg/dℓ
		計算法	mg/dℓ
Non-HDLコレステロール		mg/dℓ	
肝 機 能 等	GOT (AST)	紫外吸光光度法	U/1
		その他	U/1
	GPT (ALT)	紫外吸光光度法	U/1
		その他	U/1
	γ-GTP (γ-GT)	可視吸光光度法	U/1
		その他	U/1
	ALP	I U	KAU
	総蛋白 *		g/dℓ
アルブミン *		g/dℓ	
総ビリルビン *		mg/dℓ	
LDH *	I U	WRU	
アミラーゼ *	I U	SOU	

*印は、40歳または50歳の方に対する付加健診でのみ実施される検査項目です。

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	

- ※ 指導区分
- この検査の範囲では異常ありません。
 - 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。
 - 日常生活に注意を要し、経過の観察を必要とします。
 - 治療を必要とします。
 - 精密検査を必要とします。
 - 治療中

病 院 名 称

診 療 所 所 在 地

電 話

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、紛失しないように保管して下さい。

○この次に健診を受けるときは、必ずこの通知票をご持参下さい。

○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。

健診の種類	1. 一般健診	健康保険被 保険者証の 保険者番号	
	2. 一般健診 及び付加健診		

全国健康保険協会管掌健康保険

生活習慣病予防健診結果通知票
(特定健康診査)

2 / 4

[本人用]

(カガナ)	生年月日	平成	年	月	日生	健康保険 の記号		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	被保険者 の番号					平成 年 月 日

指導 区分	項 目	検 査 結 果	
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+]	
	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	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 ²	
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 ⁴ /mm ³	
	白血球数	×10 ³ /mm ³	
	血小板数 *	×10 ⁴ /mm ³	
	末梢血液像 *	Baso	% Eosino %
		Stab	% Seg % (又はNeutro %)
Lympho		% Mono % Other %	

*印は、40歳または50歳の方に対する付加健診でのみ実施される検査項目です。

指導 区分	項 目	検 査 結 果
心 電 図	心電図	所見
		対象者
胸 部	X線 (間接・直接)	所見
		対象者

病 院 名 称
診 療 所 所 在 地
電 話
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	健康保険被 保険者証の 保険者番号	
	2. 一般健診 及び付加健診		

全国健康保険協会管掌健康保険

生活習慣病予防健診結果通知票
(特定健康診査)

3 / 4

[本人用]

(刀カナ)	生年月日	平成	年	月	日生	健康保険 の記号		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	被保険者 の番号					平成	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 ()
	対象者	0. 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	
肺 機 能	肺活量 一秒量・一秒率 *	CC %
胃 部	X線 (間接・直接)	所見
	内視鏡	所見
腹 部	腹部超音波 *	所見

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
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 (パセスタ分類)	01. NILM 02. ASC-US 03. ASC-H 04. LSIL 05. HSIL 06. SCC 07. AGC 08. AIS 09. Adenocarcinoma 10. other
肝 炎	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。

*印は、40歳または50歳の方に対する付加健診でのみ実施される検査項目です。
(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。

- 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)・健康相談を受けること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。

病 院 名 称

診 療 所 所 在 地

電 話

医 師 名

Ⓜ

健診の種類	1. 一般健診	健康保険被 保険者証の 保険者番号	
	2. 一般健診 及び付加健診		

全国健康保険協会管掌健康保険

生活習慣病予防健診結果通知票
(特定健康診査)

4 / 4

[本人用]

	(刀カナ)	生年月日	平成	年	月	日生	健康保険 の記号		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	被保険者 の番号				平成	年

総合 所見	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。)
	注 意 事 項 / 医 師 の 判 断	

メタボリックシンドローム判定	基準該当
----------------	------

病 院 名 称

診 療 所 所 在 地

電 話

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。