

定期健診の結果データ提供用 チェックシート

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 氏名 | 血糖検査 |
| <input type="checkbox"/> 健診受診日 | <input type="checkbox"/> 血糖※2もしくはHbA1c |
| <input type="checkbox"/> 身長 | 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 体重 | <input type="checkbox"/> 尿糖 |
| <input type="checkbox"/> BMI | <input type="checkbox"/> 尿蛋白 |
| <input type="checkbox"/> 腹囲 | |
| 血压 | 問診 |
| <input type="checkbox"/> 収縮期血压 | <input type="checkbox"/> 既往歴 |
| <input type="checkbox"/> 拡張期血压 | <input type="checkbox"/> 服薬歴(血压) |
| | <input type="checkbox"/> 服薬歴(血糖) |
| 脂質 | <input type="checkbox"/> 服薬歴(脂質) |
| <input type="checkbox"/> 中性脂肪(TG) | <input type="checkbox"/> 喫煙歴 |
| <input type="checkbox"/> HDLコレステロール | <input type="checkbox"/> 自覚症状 |
| <input type="checkbox"/> LDLコレステロール※1 | <input type="checkbox"/> 他覚症状 |
| 肝機能検査 | <input type="checkbox"/> 医師の診断 |
| <input type="checkbox"/> GOT | <input type="checkbox"/> 健康診断を実施した医師の氏名 |
| <input type="checkbox"/> GPT | <input type="checkbox"/> 健診機関名 |
| <input type="checkbox"/> γ -GTP | |

※1 中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はnon-HDLコレステロールでも可

※2 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

上記をご提供いただきたい健診結果の必須項目となります。

※上記の項目で実施していない項目がある場合は、特定健診を受診したものとみなされません。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。