

健康診断個人票

(協会けんぽ提出用)

事業所名	
所在地	

健診実施年月日	
健診機関番号	
健診機関名称	

基本情報	保険者番号	01460013
	保険証記号	
	保険証番号	
	本人・家族	本人 ・ 家族
	カナ氏名	
	生年月日	西暦
	性別	男 ・ 女
	郵便番号	〒
住所		

計測	身長	cm
	体重	Kg
	BMI	
	腹囲	cm
血圧	収縮期(最高)	mmHg
	拡張期(最低)	mmHg

	採血時間	2: 食後10h以上 3: 食後3.5h以上10h未満 4: 食後3.5h未満
脂質	中性脂肪(トリグリセライド)	mg/dl
	HDLコレステロール	mg/dl
	LDLコレステロール	mg/dl
肝機能	GOT(AST)	U/L
	GPT(ALT)	U/L
	γ-GT(γ-GTP)	U/L
糖	空腹時血糖 又は HbA1c	空腹時血糖 mg/dl HbA1c %
	尿糖	(-) ・ (±) ・ (+) ・ (++) ・ (+++)
尿	尿蛋白	(-) ・ (±) ・ (+) ・ (++) ・ (+++)

診察等	メタボ判定	1: 基準該当 2: 予備群該当 3: 非該当
	医師の判断	
	医師の氏名	

問診	既往歴	なし ・ あり ()
	自覚症状	なし ・ あり ()
	他覚症状	なし ・ あり ()
	服薬(血圧)	なし ・ あり
	服薬(血糖)	なし ・ あり
	服薬(脂質)	なし ・ あり
	喫煙歴(1か月以上の禁煙はなし)	なし ・ あり