

☑健康診断結果票検査項目チェックシート

身体測定

- ☐ 身長
- ☐ 体重
- ☐ 腹囲
- ☐ BMI

血圧

- ☐ 収縮期血圧
- ☐ 拡張期血圧

肝機能検査

- ☐ GOT (AST)
- ☐ GPT (ALT)
- ☐ γ -GTP (γ -GT)

脂質

- ☐ 中性脂肪 (TG) ※1
- ☐ HDLコレステロール
- ☐ LDLコレステロール ※2

血糖検査

- ☐ 血糖 (BS) ※3 もしくは HbA1c

尿検査

- ☐ 尿糖 (Uトウ)
- ☐ 尿蛋白 (Uタンパク)

問診

- ☐ 既往歴
- ☐ 服薬歴 (血圧)
- ☐ 服薬歴 (血糖)
- ☐ 服薬歴 (脂質)
- ☐ 喫煙歴
- ☐ 自覚症状
- ☐ 他覚症状
- ☐ 医師の診断
- ☐ 健康診断を実施した医師の氏名

※1 脂質検査において、健診実施前に食事を摂取している等により空腹時中性脂肪が測定できない場合は、随時中性脂肪でも可。

※2 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が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。

※3 やむを得ず空腹時血糖以外においてHbA1c (NGSP値) を測定しない場合は、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。

上記が提供いただきたい健診結果データの必須項目となります。

赤字部分の結果がない場合は、特定健康診査問診票の質問項目にてご回答お願いいたします。

上記の項目で実施していない項目がある場合は、特定健康診査としてお取り扱いができません。

※もし実施していない場合は、定期健診の必須項目ですので、来年度からは実施をご検討いただきますようお願いいたします。