

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

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]

	(フリガナ)	生年月日		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						年 月 日

診 察 等	指導 区分	項 目		検 査 結 果			
		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		1. はい 2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない 3. いいえ				
	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		4,000Hz	1. 所見なし	
			2. 所見あり			2. 所見あり	
	左		1. 所見なし			1. 所見なし	
			2. 所見あり			2. 所見あり	

	指導 区分	項 目		検 査 結 果	
		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		
			空腹時中性脂肪(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	
		随時中性脂肪(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			

	指導 区分	項 目		検 査 結 果	
		AST(GOT)	紫外吸光光度法	U/1	
	その他		U/1		
	ALT(GPT)	紫外吸光光度法	U/1		
		その他	U/1		
	γ-GT(γ-GTP)	可視吸光光度法	U/1		
		その他	U/1		
	ALP	可視吸光光度法	U/1		
		IFCC対応法	U/1		
		その他	U/1		
		総蛋白	*	g/dℓ	
	アルブミン	*	g/dℓ		
	総ビリルビン	*	mg/dℓ		
	LDH	紫外吸光光度法	U/1		
		IFCC対応法	U/1		
		その他	U/1		
	アミラーゼ	*	U/1		
	SOU				

*印は、付加健診でのみ実施される検査項目です。

- ※ 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

病 院	名 称	実施機関001
診療所	所在地	健診機関の所在地
電 話	03-5555-8888	
医師名	協会 けんぽ	

○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。

健康診断を機に生活習慣を振り返りましょう

健診は、ご自身の身体の状態を確認できる年に1度の機会です。結果を確認し、精密検査が必要な場合は早めに医療機関で受診しましょう。

全国健康保険協会では、健康診断の結果、メタボリックシンドロームのリスク数に応じて、生活習慣病発症のリスクが高い方を対象に無料で特定保健指導を行っています。対象になった方には事業所へ訪問し、食事や運動などご本人の話をお聞きしながら保健師・管理栄養士が専門的な立場から健康づくりをサポートしています。また、健診機関で保健指導を受けられる場合もあります。

健診受診率や特定保健指導実施率が各都道府県支部の保険料に影響する場合がありますので、積極的に生活習慣病予防健診を受診していただき、健診結果等から特定保健指導の対象と判定された方は、ぜひ特定保健指導もご利用願います。

詳しくは、各都道府県の全国健康保険協会支部へお問い合わせください。

●お問い合わせ先

協会支部名			電話番号
北海道	青森	岩手	011-726-0352
		宮城	017-721-2723
		秋田	019-604-9089
		山形	022-714-6854
		福島	018-883-1893
		茨城	023-629-7235
		栃木	024-523-3919
		群馬	029-303-1584
		埼玉	028-616-1695
		千葉	027-219-2100
		東京	048-658-5919
	奈良	京都	043-382-8313
		神奈川	03-6853-6111
		新潟	045-270-8431
		富山	025-242-0264
		石川	076-431-5273
		福井	076-264-7200
		山梨	0776-27-8304
		長野	055-220-7754
		岐阜	026-238-1253
		静岡	058-255-5159
		愛知	054-275-6605
		三重	052-856-1490
			059-225-3315

協会支部名			電話番号
滋賀	京都	大阪	077-522-1113
		兵庫	075-256-8635
		奈良	06-7711-4302
		和歌山	078-252-8701
	歌	鳥取	0742-30-3700
		島根	073-435-0224
		岡山	0857-25-0054
		広島	0852-59-5204
		山口	086-803-5784
		徳島	082-568-1032
		香川	083-974-1501
		愛媛	088-602-0264
		高知	087-811-0570
		福岡	089-947-2119
		佐賀	088-820-6020
		長崎	092-284-5840
		熊本	0952-27-0615
		大分	095-829-5002
		宮崎	096-240-1034
		鹿児島	097-573-5630
	児	沖縄	0985-35-5364
			099-219-1735
			098-951-2011

※移転等により電話番号が最新の情報となっていない場合があります。
その場合は、全国健康保険協会ホームページより、電話番号をご確認ください。

全国健康保険協会
<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/>

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

	(フリガナ)	生年月日	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						年 月 日

	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A 1 c (NGSP値)	ラテックス凝集比濁法 %
			H P L C %
			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
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 ² /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、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0. 詳細健診以外で実施
			1. 検査結果による心電図検査対象者
		X線 (間接・直接)	2. 不整脈による心電図検査対象者
			所見

病 院 名 称	実施機関001
診療所 所在地	健診機関の所在地
電 話	03-5555-8888
医師名	協会 けんぽ

○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	
	2. 一般健診 及び付加健診	険者証の 保険者番号	

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]

	(フリガナ)	生年月日		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						年 月 日

	指導 区分	項 目	検 査 結 果	
眼 底		眼 底 * (注)	K. W. ()	
			S c h e i e (H S)	
			S C O T T ()	
			Wong-Mitchell ()	
			改变Davis ()	
			所見	
			異常なし	
			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	C C %	
胃 部		X線 (間接・直接)	所見	
		内視鏡	所見	
腹 部		腹部超音波 *	所見	

*印は、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。

	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	
			01. NILM 02. ASC-US 03. ASC-H	
		細胞診 (ベセスダ分類)	04. LSIL 05. HSIL 06. SCC	
			07. AGC 08. AIS 09. Adenocarcinoma	
			10. other	
肝 炎		HB s 抗原	—	
		H C V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H C V核酸増幅検査	
		H C V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。	

病 院 名 称 実施機関001

診療所 所在地 健診機関の所在地

電 話 03-5555-8888

医師名 協会 けんぽ

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

	(フリガナ)	生年月日	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					

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。)
	測定不可能・検査未実施の理由	1. 生理中 2. 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する 3. その他
	医師の 診断 (判定)	

メタボリックシンドローム判定	
----------------	--

病 院 名 称	実施機関001
診療所 所在地	健診機関の所在地
電 話	03-5555-8888
医師名	協会 けんぽ

○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。

