

健康診断結果票 検査項目チェックシート

- ☐ 身長
- ☐ 体重
- ☐ 腹囲
- ☐ BMI

血压

- ☐ 収縮期血压
- ☐ 拡張期血压

脂質

- ☐ 空腹時中性脂肪※¹
- ☐ HDL コレステロール
- ☐ LDL コレステロール※²

肝機能検査

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

血糖検査

- ☐ 空腹時血糖※³もしくはHbA1c (NGSP値)

尿検査

- ☐ 尿糖
- ☐ 尿蛋白

問診

- ☐ 既往歴
- ☐ 服薬歴 (血压)
- ☐ 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 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 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、質問票にてご回答をお願いします。

※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。特定保健指導の対象者を選定するために必要な項目となりますので、実施されていない場合は、来年度からは実施を検討くださいますよう、お願いします。