

定期健康診断必要項目確認リスト

協会けんぽへご提出される前に下記項目が記載されているかご確認をお願いします。

- 対象者は、健診受診日に協会けんぽに加入している被保険者（40～74歳）です。
- 下記項目以外の健診結果が記載されている場合は、対象項目をマスキング（黒塗り）していただくか、被保険者（ご本人様）に同意書をご記入いただく必要があります。
- 下記項目に不足がある場合は、被保険者（ご本人様）に同意書兼問診票をご記入いただくか、または健診結果表に追記してください。

区分	健診結果等必要項目	チェック欄
問診	既往歴	<input type="checkbox"/>
	自覚症状	<input type="checkbox"/>
	他覚症状	<input type="checkbox"/>
	喫煙歴	<input type="checkbox"/>
	服薬歴(血圧、脂質、血糖)	<input type="checkbox"/>
健診等	身長	<input type="checkbox"/>
	体重	<input type="checkbox"/>
	腹囲	<input type="checkbox"/>
	BMI	<input type="checkbox"/>
	血圧	<input type="checkbox"/>
	中性脂肪(TG、トリグリセライド)	<input type="checkbox"/>
	HDL コレステロール	<input type="checkbox"/>
	LDL コレステロール	<input type="checkbox"/>
	GOT (AST)	<input type="checkbox"/>
	GPT (ALT)	<input type="checkbox"/>
	γ-GTP (γ-GT)	<input type="checkbox"/>
	空腹時血糖※1 またはヘモグロビン A1c (HbA1c)	<input type="checkbox"/>
	尿糖	<input type="checkbox"/>
	尿蛋白	<input type="checkbox"/>
	健診機関(病院)名	<input type="checkbox"/>
医師の診断(判定)	<input type="checkbox"/>	
医師氏名	<input type="checkbox"/>	
その他	会社名	<input type="checkbox"/>
	氏名(カナ)	<input type="checkbox"/>
	生年月日	<input type="checkbox"/>
	性別	<input type="checkbox"/>
	受診年月日	<input type="checkbox"/>
	健康保険証の記号、番号(不明な場合は省略可)	<input type="checkbox"/>
	対象年齢: 40～74歳	<input type="checkbox"/>

※1: 食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖でも可