

特定健康診査みなし健診

下記にご記入をお願いします。

フリガナ		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏 名		性 別	男 ・ 女	年 齢	歳

既 往 歴					
服 薬 歴	糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 脂質異常症（○をつけてください）	喫煙歴	無 ・ 有（ 本/日）		
自 覚 症 状					
他 覚 症 状					

必須項目		
項	目	結果記入欄
身体計測	身 長 (cm)	
	体 重 (kg)	
	腹 囲 (cm)	
	B M I	
血 圧	収 縮 期 血 圧 (mmHg)	
	拡 張 期 血 圧 (mmHg)	
血中脂質検査 (*どちらかの項目で可)	空腹時中性脂肪* (mg/dl)	
	随時中性脂肪* (mg/dl)	
	HDL-コレステロール (mg/dl)	
	LDL-コレステロール (mg/dl)	
肝機能検査	G O T (U/l)	
	G P T (U/l)	
	γ - G T P (U/l)	
血糖検査 (いずれかの項目で可)	空 腹 時 血 糖 (mg/dl)	
	HbA1c (%)	
	随 時 血 糖 (mg/dl)	
尿 検 査	糖	
	蛋 白	

必須ではない項目		
項	目	結果記入欄
貧血検査	赤 血 球 数 (万/mm ³)	
	血 色 素 量 (g/dl)	
	ヘマトクリット値 (%)	
血液検査	尿 酸 値 (mg/dl)	
	血清クレアチニン値 (mg/dl)	
	eGFR (ml/min/1.73m ²)	
尿検査	潜 血	
心電図検査	所 見	
眼底検査	所 見	

※生理中の女性は、尿検査結果がなくても大丈夫です。

医師の判断			
医師の氏名		医療機関名	

ご協力ありがとうございました。検査結果のコピーと共に、町民保健センターに提出してください。
または、町民保健センターまでご連絡ください。TEL0153-75-0359 FAX0153-75-0337