

特定健康診査受診結果

(健診機関 名称)

(健診機関 住所)

〒 TEL

カナ氏名	生年月日	健診年月日
	性別/年齢	特定健康診査受診券番号

既往歴	
-----	--

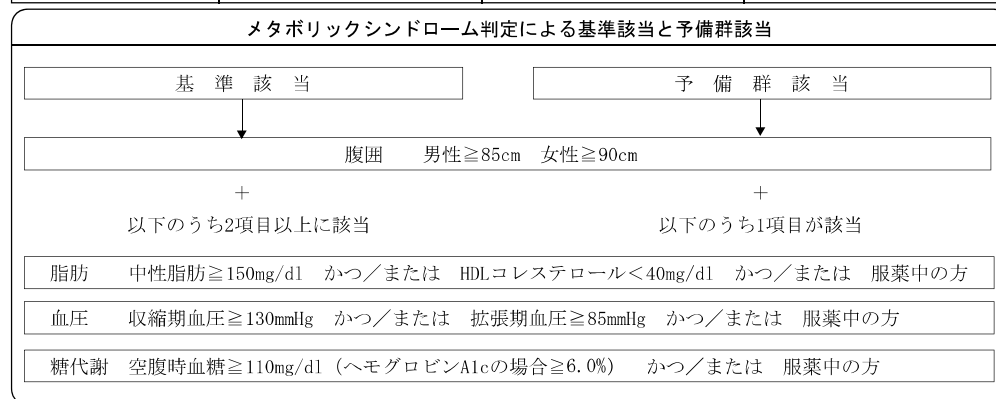
服薬歴	喫煙歴	飲酒
-----	-----	----

自覚症状	
------	--

他覚症状	
------	--

項目		基準値	今回受診	前回受診	前々回受診
身体計測	身長 (cm)				
	体重 (kg)				
	腹囲 (cm)				
	BMI				
血圧	収縮期血圧 (mmHg)				
	拡張期血圧 (mmHg)				
血中脂質検査	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	GOT (U/l)				
	GPT (U/l)				
	γ-GTP (U/l)				
血糖検査	空腹時血糖 (*は食後10時間未満) (mg/dl)				
	ヘモグロビンA1c (%)				
尿検査	糖				
	蛋白				
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 (%)				

項目		今回受診	前回受診	前々回受診
心電図検査	所見			
眼底検査	所見			
メタボリックシンドローム判定				



検査分野別判定	
---------	--

医師の判断	
-------	--

判断した医師の氏名	
-----------	--

--	--

※ヘモグロビンA1c検査の結果値はNGSP値による検査結果値が記載されていますが、☆が併記されているものは、JDS値による検査結果値のため基準範囲が異なります。(JDS値基準範囲3.9~5.2)