

健診結果記録欄

【記入において】※記入漏れがあった場合は確認のため、後日連絡させていただくことがあります。

○健診結果をコピーしてご提出される方

⇒記録欄の**太枠内（必須項目）**は必ずご記入ください（コピーに記載がある項目は省略可）。

●この「健診結果記録欄」に記入して提出される方

⇒**記録欄内すべての項目**をご記入ください。

必須項目
枠内すべて
ご記入ください

※コピーに記載のある項目は省略可

健診日 ※R6.5月以降				カナ			
年 月 日				氏名			
日中連絡のとれる電話番号				生年月日（年齢）			
☎ — —				昭和 年 月 日（ 才）			
健診施設名				診断医師名			
既往歴				なし・あり（ ）			
自覚症状				なし・あり（ ）			
他覚症状				なし・あり（ ）			
現在飲んでいる薬の有無		血圧を下げる薬		なし・あり			
		インスリン注射、血糖を下げる薬		なし・あり			
		コレステロールを下げる薬		なし・あり			
身長		cm	体重		kg		
血圧（上／下）		／		BMI			
脂質		中性脂肪		肝機能			
		※いずれか					
		空腹時					
		随時					
血糖		LDL コレステロール		GOT (AST)			
		HDL コレステロール		GPT (ALT)			
		HbA1c		γ-GTP (γ-GT)			
		血糖		尿			
※いずれか							
空腹時							
健診の結果		随時		蛋白			
		健診の結果		糖			
				1 異常認めず		2 要観察・要指導	
				3 要医療		4 治療開始	
5 治療中（ ）				6 その他（ ）			

上記健康診査結果について、特定健康診査関連システムに登録されることに同意します。

令和 年 月 日 氏名

なお、提出いただいた健診結果等の情報は、特定健康診査の登録・分析以外には利用しません。

ご記入ありがとうございました。返送をお願いします。