

特定健診項目に係わる検査結果(報告)

令和 年 月 日提出

記号番号	記号	番号	枝番()	受診券番号					
氏名				生年月日	昭和・平成	年	月 日	性別	男・女
受診医療機関				健診実施日	令和	年	月 日		
区分	項目名			結果記入欄	単位	基準値			
身体計測	身長				cm	—			
	体重				kg	—			
	BMI				kg/m2	25			
	腹囲(実測)				cm	(男)85 (女)90			
診察	既往歴			<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし					
	具体的な既往歴								
	自覚症状			<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし					
	自覚症状所見								
	他覚症状			<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし					
	他覚症状所見								
血圧等	収縮期血圧				mmHg	130			
	拡張期血圧				mmHg	85			
生化学検査	中性脂肪				mg/dl	空腹時:150/随時:175			
	HDLコレステロール				mg/dl	39			
	LDLコレステロール				mg/dl	120			
	non-HDLコレステロール				mg/dl	150			
	AST(GOT)				U/l	31			
	ALT(GPT)				U/l	31			
	γ-GT(γ-GTP)				U/l	51			
血糖検査	空腹時血糖				mg/dl	100			
	HbA1c (NGSP値)				%	5.6			
	随時血糖				mg/dl	100			
尿検査	尿糖			<input type="checkbox"/> ー・ <input type="checkbox"/> ±・ <input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> 2+・ <input type="checkbox"/> 3+・ <input type="checkbox"/> 計測不能					
	尿蛋白			<input type="checkbox"/> ー・ <input type="checkbox"/> ±・ <input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> 2+・ <input type="checkbox"/> 3+・ <input type="checkbox"/> 計測不能					
医師の判断	メタボリックシンドローム判定			<input type="checkbox"/> 基準該当・ <input type="checkbox"/> 予備軍該当・ <input type="checkbox"/> 非該当・ <input type="checkbox"/> 判定不能					
	保健指導レベル			<input type="checkbox"/> 積極的支援・ <input type="checkbox"/> 動機付け支援・ <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 判定不能					
	医師の診断(判定)			<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 要再検査・ <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 治療継続・ <input type="checkbox"/> その他()					
	健康診断を実施した医師の氏名 ※自己健診は不可								

埼玉県歯科医師国民健康保険組合

※医療機関より受け取った検査報告書をもとに結果記入欄に転記して下さい。

※太枠内はすべてご記入下さい。