

埼玉県歯科医師国民健康保険組合あて

## 特定健診項目に係わる検査結果(報告)

氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
性別	男・女	健診日	令和 年 月 日
医療機関名			

※ 医療機関から受けた結果報告書から以下の項目を転記してください。

既往歴			
服薬歴		喫煙歴	
自覚症状			
他覚症状			

項		目	基準値	記入欄
基 本 項 目	身体測定	身長(cm)	—	
		体重(kg)	—	
		腹囲(cm)	85	
		B M I	25	
	血 圧	収縮期血圧(mmHg)	130	
		拡張期血圧(mmHg)	85	
	血中脂質検査	中性脂肪	150	
		HDLコレステロール(mg/dl)	40	
		LDLコレステロール(mg/dl)	120	
		Non-HDLコレステロール(mg/dl)	150	
	肝機能検査	G O T(IU/l)	31	
		G P T(IU/l)	31	
		γ-G T P(IU/l)	51	
	血糖検査 (いずれかの項目 の実施で可)	空腹時血糖(mg/dl)	100	
		H b A 1 c (NGSP値)(%)	5.6	
H b A 1 c (JDS値)(%)		5.2		
尿 検 査	糖	—		
	蛋 白	—		

項		目	基準値	記入欄
詳 細 項 目	貧血検査	赤血球数(万/mm <sup>3</sup> )	410~530	
		血色素量(g/dl)	13.1	
		ヘマトクリット値(%)	39~52	
	腎機能検査	血清クレアチニン(eGFR)	60	
	心電図	所見		
眼底検査	所見			

メタボリックシンドローム判定	
医師の判断	
判断した医師の氏名	