

館山市短期人間ドック報告書

特定健康診査受診券番号()

フリガナ		生年月日	年 月 日	検査年月日	年 月 日
氏 名		性別/年齢	男・女 歳		~

1. 特定健康診査結果

質 問 表	※ 裏面の『特定健康診査質問表』をご記入ください。				
基本的な項目	項 目	検 査 結 果			
	身体計測	身 長 (cm)	(cm)		
		体 重 (kg)	(kg)		
		腹 囲 (cm)	(cm)		
		B M I			
	血 圧	収 縮 期 血 圧 (mmHg)	(mmHg)		
		拡 張 期 血 圧 (mmHg)	(mmHg)		
	血中脂質検査	空 腹 時 中 性 脂 肪 (mg/dl)	(mg/dl)		
		随 時 中 性 脂 肪 (mg/dl)	(mg/dl)		
		H D L - コ レ ス テ ロ ー ル (mg/dl)	(mg/dl)		
		L D L - コ レ ス テ ロ ー ル (mg/dl)	(mg/dl)		
	肝機能検査	G O T (IU/l)	(IU/l)		
		G P T (IU/l)	(IU/l)		
		γ - G T P (IU/l)	(IU/l)		
	血糖検査 <small>(いずれかの項目の実施で可)</small>	空 腹 時 血 糖 (mg/dl)	(mg/dl)		
ヘモグロビンA1c (NGSP) (%)		%			
尿 検 査	糖				
	蛋 白				
腎機能検査	ク レ ア チ ニ ン (mg/dl)	(mg/dl)			
	e G F R (ml/分/1.73m ²)	(ml/分/1.73m ²)			
詳細な項目	貧血検査	赤 血 球 数 (万/mm ³)	(万/mm ³)		
		血 色 素 量 (g/dl)	(g/dl)		
		ヘマトクリット値 (%)	%		
	心電図検査	所 見			
眼底検査	所 見				
医師の判断	医師の診断(判定)				
	健康診断を実施した医師の氏名				
	メタボリックシンドローム判定※				
	保健指導レベル※				

2. 脳精密検査(脳ドック)結果

該当する番号に○をつけてください。	1. 異常なし 2. 要観察 3. 要精検 4. その他 ()
-------------------	----------------------------------

※1. 特定健康診査結果 2. 脳精密検査(脳ドック)結果のうち、実施した検査の結果について記入して下さい。

※検査結果を確認させていただきますので、検査結果表を持参してください。