

健康診査結果表

健診年月日	年 月 日
医療機関の名称 及び所在地・ 医師の氏名	

受診者氏名		保険者番号	
生年月日・性別	年 月 日 (男・女)	被保険者番号	
住所			

○基本項目

問診・診察	既往歴			
	服薬・喫煙歴			
	自覚症状			
	他覚症状			
区分	検査項目	結果	所見等	
身体計測	身長	[cm]		
	体重	[kg]		
	BMI	[kg/m ²]		
血圧	収縮期血圧	[mmHg]		
	拡張期血圧	[mmHg]		
血中脂質	中性脂肪	[mg/dl]		
	HDL-C	[mg/dl]		
	LDL-C	[mg/dl]		
肝機能	AST	[U/l]		
	ALT	[U/l]		
	γ-GT	[U/l]		
血糖 <small>(いずれかで可)</small>	空腹時血糖(やむを得ない場合には随時血糖)	[mg/dl]		
	ヘモグロビンA1c	[%]		
尿検査	尿糖			
	尿タンパク			
腎機能	クレアチニン	[mg/dl]		
	尿酸	[mg/dl]		

※腎機能検査を除く全ての項目を実施すること。

○詳細項目

区分	検査項目	結果	所見等
貧血検査	赤血球数	[万/μl]	
	血色素量	[g/dl]	
	ヘマトクリット値	[%]	
心電図検査	実施理由 (<input type="checkbox"/> 血圧該当・ <input type="checkbox"/> 不整脈の疑い)		
眼底検査	実施理由 (<input type="checkbox"/> 血圧該当・ <input type="checkbox"/> 血糖値該当)		

※心電図検査及び眼底検査を実施する場合は、実施理由で該当するものを☑

医師の所見 (総合判定)	
-----------------	--

(この表は、埼玉県後期高齢者医療広域連合の健診費用助成制度の申請に必要な結果表の見本です。
必要な検査項目の結果が確認できるものであれば、医療機関指定の用紙でも差し支えありません。)