

■この用紙は提出不要です。（特定健診項目の確認用です。）

特定健康診査受診結果表(特定健診の項目)

記号 — 番号	—	フリガナ	
		氏名	
検査年月日	令和 年 月 日	検査機関名	
既往歴			
服薬歴		喫煙歴	あり ・ なし
自覚症状			
他覚症状			
項	目	基準値(参考)	検査結果
身体計測	身長 (cm)		
	体重 (kg)		
	腹囲 (cm)	男性:~84 女性:~89	
	B M I	18.5~24.9	
血圧	収縮期血圧 (mmHg)	~129	
	拡張期血圧 (mmHg)	~84	
血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dl)	30~149	
	HDL-コレステロール (mg/dl)	40~119	
	LDL-コレステロール (mg/dl)	60~119	
	Non-HDL-コレステロール (mg/dl)	90~149	
肝機能検査	G O T (A S T) (U/l)	0~30	
	G P T (A L T) (U/l)	0~30	
	γ - G T P (U/l)	0~50	
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)	~99	
	ヘモグロビンA1c (%)	~5.5	
	随時血糖 (mg/dl)	~99	
尿検査	糖	(-)	
	蛋白質	(-)	
貧血検査	赤血球数 (万/mm ³)	男性:420~ 女性:380~	
	血色素量 (g/dl)	男性:13.1~ 女性:12.1~	
	ヘマトクリット値 (%)	男性:38.0~ 女性:34.0~	
心電図検査	所見		
眼底検査	所見		
血清クレアチニン検査	血清クレアチニン値 (mg/dl)	男性:-1.10 女性:-0.80	
	eGFR (ml/min/1.73m ²)	-60	
メタボリックシンドローム判定		基準該当 / 予備群該当 / 非該当	
医師の判断 (ブランク不可) <small>「要精密検査」等の判定や、アルファベットの総合判定等、必ずご記入ください。</small>			
判断した医師の氏名			