

以下の欄は、医療機関・健診機関にて記載します。(各種機関の方へ:右詰で記入してください)

＜受診情報＞ 実施区分 (該当区分に○) 個別 集団 実施年月日 (西暦) 2 0 2 6 0 7 0 1 ＜健診機関情報＞ 健診機関番号 2 4 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0		＜受診券情報＞ 保険者番号 / / / 0 0 1 2 4 0 0 0 0 0 整理番号 / / 2 6 1 0 0 0 0 0 0 0 0 受診者番号 / 0 0 0 0 0 0 1 2 3 4 5 窓口負担額 5 0 0	
既往歴 あり 高血圧症()・なし 自覚症状 あり () なし 他覚症状 あり () なし		区分 項目 結果 単位 身体測定 身長 1 7 0 0 cm 体重 6 6 0 kg 腹囲 8 5 0 cm BMI 2 2 8 ㎏/㎡	
理学的検査(身体診察)			

区分	項目	結果	単位
血圧	収縮期血圧	1 8 0	mmHg
	拡張期血圧	1 0 0	mmHg
血中脂質検査	採血時間(食後)	1 0	時間
	空腹時中性脂肪	2 0 0	mg/dl
	随時中性脂肪		mg/dl
	HDLコレステロール	5 0	mg/dl
	LDLコレステロール	1 2 0	mg/dl
	non-HDLコレステロール		mg/dl
肝機能検査	AST(GOT)	5 7	IU/L
	ALT(GPT)	4 6	IU/L
	γ-GT(γ-GTP)	9 3	IU/L
血糖検査	空腹時血糖	1 4 0	mg/dl
	HbA1c(NGSP値で記入)	5 6	%
尿検査	糖	1 - 2 ± 3 + 4 ++ 5 +++	
	蛋白	1 - 2 ± 3 + 4 ++ 5 +++	
尿検査	潜血	1 - 2 ± 3 + 4 ++ 5 +++	
肝機能検査	アルブミン	4 5	g/dl
腎機能検査	BUN(尿素窒素)	1 4 0	mg/dl
尿酸代謝検査	尿酸	5 0	mg/dl
末梢血液一般検査	白血球数	5 0 0 0	/mm ³

詳細実施基準…貧血の既往を有する者又は複診等で貧血が疑われる者

貧血検査	赤血球数	4 7 0	万/mm ³
	血色素量(ヘモグロビン値)	1 0 1	g/dl
	ヘマトクリット値	3 5 5	%

貧血の既往ありのため

詳細実施基準…収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上又は不整脈が疑われる者

心電図	心電図所見の有無(所見)	1. 見あり	STT異常
	所見ありの場合は所見を記入	2. 所見なし	
心電図	心電図対象者/実施理由	10	検査結果による対象者
	詳細項目として実施した場合は対象者と実施理由を記入	11	検査結果による対象者

検査結果による対象者

詳細実施基準…収縮期血圧130mmHg以上、拡張期血圧85mmHg以上、空腹時(随時)血糖値100mg/dl以上、HbA1c 6%以上のいずれかに該当

クレアチニン	クレアチニン	1 0 0	mg/dl
	eGFR	6 3 1	ml/min/1.73m ²

検査結果による対象者

【一定の基準の下、医師が必要と認めた場合】

眼底検査	眼底検査(キースワグナー分類)	1.0 2.I 3.IIa 4.IIb 5.III 6.IV
	眼底検査(シェイエ分類:H)	0 1 2 3 4
	眼底検査(シェイエ分類:S)	0 1 2 3 4
	眼底検査(SCOTT分類)	1.I(a) 2.I(b) 3.II 4.III(a) 5.II(b) 6.IV 7.V(a) 8.V(b) 9.VI
	眼底検査(Wong-Mitchell分類)	1.所見なし 2.軽度 3.中等度 4.重度
	眼底検査(改変Davis分類)	1.網膜症なし 2.単純網膜症 3.増殖前網膜症 4.増殖網膜症

眼底検査(その他の所見)

眼底検査対象者/実施理由
実施した場合は対象者と実施理由を記入

1.検査結果による対象者 2.実施理由

メタボリックシンドローム判定(該当区分に○) **該当** 2.予備群該当 3.非該当 4.判定不能

情報提供の方法(実施した場合は○)

保健指導の初回面接実施(実施した場合は○)

測定不可能・検査未実施の理由

医師の判断

軽度の貧血を認めます。栄養バランスの良い食事を心がけましょう。

医師の氏名 国保 太郎

受診機関名 ○○病院

(網掛部分には必要に応じて記入ください)