

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 5 0 7 0 1  
 〈健診機関情報〉  
 健診機関番号 2 4 1 0 0 0 0 0 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**  
 理学的検査(身体診察)

〈受診券情報〉  
 保険者番号 / / / 0 0 2 4 0 0 0 0  
 整理番号 / / 2 5 1 0 0 0 0 0 0 0  
 被保険者番号 / 0 0 0 0 0 1 2 3 4 5  
 窓口負担額 5 0 0  

| 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   | kg/m <sup>2</sup> |

| 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                          | %                |
|          | 随時血糖            |                                | mg/dl            |
| 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 <sup>3</sup> |

詳細実施基準・・・貧血の既往を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

| 貧血検査             | 項目            | 結 果        | 単位                |
|------------------|---------------|------------|-------------------|
| 貧血検査             | 赤血球数          | 4 7 0      | 万/mm <sup>3</sup> |
|                  | 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    | %                 |
| 貧血検査(実施理由)       |               | 貧血の既往ありのため |                   |
| 詳細項目として実施した場合は記入 |               |            |                   |

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                       | 項目            | 結 果            | 備考          |
|---------------------------|---------------|----------------|-------------|
| 心電図                       | 心電図所見の有無(所見)  | 1 . 所見あり       | 所見 STT異常    |
|                           | 所見ありの場合は所見を記入 | 2 . 所見なし       |             |
|                           | 心電図対象者/実施理由   | 1 . 検査結果による対象者 | 実施理由 血圧基準以上 |
| 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 |               |                |             |

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、HbA1c5.6%以上のいずれかに該当

| クレアチニン                    | 項目     | 結 果            | 単位                        |
|---------------------------|--------|----------------|---------------------------|
| 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 <sup>2</sup> |
| クレアチニン対象者/実施理由            |        | 1 . 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 |        |                |                           |

【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. III(b)<br>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       |                       | 1 . 検査結果による対象者   |
| 実施した場合は対象者と実施理由を記入 |                       |  |

メタボリックシンドローム判定(該当区分に○) **1** . 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○)  
 1 . 付加価値の高い情報提供 2 . 専門職による対面説明 3 . 1と2両方実施  
 保健指導の初回面接実施(実施した場合は○)  
 1 . 健診1週間以内に初回面接実施

測定不可能・検査未実施の理由  
 1 . 生理中 2 . 腎疾患等の基礎疾患があるため尿検査を有する 3 . その他

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

(網掛部分は必要に応じてご記入ください)