

特定健診データ入力シート

受診券番号		→組合にて記入		
フリガナ		記号番号		
氏名		生年月日	性別	

健診機関名				
所在地				
受診日	平成	年	月	日

●問診項目

問診	血圧を下げる薬を服薬している。	はい ・ いいえ
	インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用している。	はい ・ いいえ
	コレステロールを下げる薬を服用している。	はい ・ いいえ
	現在たばこを習慣的に吸っている。 (※「合計100本以上又は6ヵ月以上吸っており、最近1ヵ月以上吸っている場合」)	はい ・ いいえ
既往歴		
自覚症状		
他覚症状		

●健診項目

項目		結果	項目		結果
身体計測	身長 (cm)		脂質	中性脂肪 (mg/dl)	
	体重 (kg)			HDLコレステロール (mg/dl)	
	腹囲 (cm)			LDLコレステロール (mg/dl) (※2)	
	BMI			Non-HDLコレステロール (mg/dl)	
血圧	収縮期血圧 (mmHg)		肝機能	AST [GOT] (IU/l)	
	拡張期血圧 (mmHg)			ALT [GPT] (IU/l)	
血糖 (※1)	空腹時血糖 (mg/dl)			尿検査	γ-GT [γ-GTP] (IU/l)
	HbA1c (%)		糖 (+/-)		
	随時血糖 (mg/dl)		蛋白 (+/-)		

●医師の判断

項目	結果
医師の判断 (※3)	
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
保健指導レベル	積極的支援 ・ 動機付け支援 ・ なし
健診を実施した医師の氏名	

注意事項

- ・ **必ず全ての項目を記入してください。** (実施していない場合を除く。)
- ・ 受診の際に医療機関へ受診券を提出していない場合はこの用紙と一緒に組合まで提出してください。

※1 「血糖」の検査はどれか一方しか実施していない場合は、実施した項目のみご記入ください。
 ※2 「LDLコレステロール」か「Non-HDLコレステロール」のうち実施した項目をご記入ください。
 ※3 「医師の判断」については、検査結果に関わる部分のみ抜粋してご記入ください。