

① 特定健診結果票 検査項目チェックシート

【身体測定 他】

- 記号・番号
- 性別
- 生年月日
- 身長
- 体重
- 腹囲
- BMI

【血圧】

- 収縮期血圧
- 拡張期血圧

【脂質】

- 空腹時中性脂肪※1
- HDLコレステロール
- LDLコレステロール※2

【肝機能検査】

- GOT (AST)
- GPT (ALT)
- γ -GTP

【血糖検査】

- 空腹時血糖※3もしくはHbA1c(NGSP値)

【尿検査】

- 尿糖
- 尿蛋白

【問診】

- 既往歴
- 服薬歴(血圧)
- 服薬歴(血糖)
- 服薬歴(脂質)
- 喫煙歴
- 自覚症状
- 他覚症状

【その他】

- 健診機関名
- 健診受診日
- 健康診断を実施した
医師の氏名
- 医師の診断

※1 空腹時中性脂肪が測定できない場合は、随時中性脂肪でも可

※1 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合は、LDLコレステロールの代わりに non-HDLコレステロールでも可

※2 食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き、随時血糖も可

健診結果の数値等があるものに"レ"をご記入ください。

上記が提供いただきたい健診結果データの必須項目です。

全ての項目に"レ"+記入がないと1000Pの対象になりません。