

事業者健診結果提供用様式

氏名		生年月日	
記号番号		電話番号	
記入日			

項目	記入欄	
身体測定	身長 (cm)	
	体重 (kg)	
	腹囲 (cm)	
	BMI	
血压	収縮期血压 (mmHg)	
	拡張期血压 (mmHg)	
血中脂質検査 <small>※LDLコレステロールまたはNON-HDLコレステロールのいずれかを記入してください</small>	中性脂肪 (mg/dl)	
	HDLコレステロール (mg/dl)	
	LDLコレステロール (mg/dl)	
	(NON-HDLコレステロール (mg/dl))	
肝機能検査	AST (GOT) (U/l)	
	ALT (GPT) (U/l)	
	γ-GT (γ-GTP) (U/l)	
血糖検査 <small>※いずれかの項目のみの実施でも可</small>	空腹時血糖 (mg/dl)	
	HbA1C (NGSP値) (%)	
	随時血糖 (mg/dl)	
	随時血糖 (食直後) (mg/dl)	
尿検査	糖	
	蛋白	

☆☆☆裏面にも記入事項がございます☆☆☆

項目	記入欄
既往歴	
服薬歴	
喫煙歴	
自覚症状	
他覚症状	
総合判定	
メタボリックシンドローム判定	
保健指導レベル	
医療機関名	
担当医師名	

- ・別紙質問票にも記入していただき、本様式と併せてご提出ください。
- ・健診結果の写しを添付してください。
- ・記入の際はもれのないようお願いいたします。

※メタボリックシンドローム判定と保健指導レベルにつきましては、健診機関より返却された結果に記載がなければ省略していただけます。