

(様式第2号)

みなし健診結果票

【同意欄】(本人記入欄) 本情報を医療機関から別府市へ提供することに同意します。

令和 年 月 日

フリガナ

氏名

電話

生年月日 昭和 年 月 日

性別 男・女

【問診】(本人記入欄)

既往歴	なし	あり ()
自覚症状	なし	あり ()
服薬状況	A 高血圧に対する薬	なし あり
	B 高血糖(糖尿)に対する薬	なし あり
	C 脂質異常に対する薬	なし あり
現在の喫煙状況	なし	あり

医療機関記入欄

医療機関名		被保険者番号	
-------	--	--------	--

【検査結果】: 必須項目

身体計測	身長	cm	肝機能検査	AST(GOT)	IU/ℓ
	体重	kg		ALT(GPT)	IU/ℓ
	腹囲	cm		γ-GT(γ-GTP)	IU/ℓ
血圧	収縮期血圧	mmHg	※1 血糖検査	HbA1c(NGSP)	%
	拡張期血圧	mmHg		空腹時血糖	mg/dℓ
※2 尿検査	尿糖	- ± + ++ +++	※3 脂質検査	随時血糖	mg/dℓ
	尿蛋白	- ± + ++ +++		中性脂肪	mg/dℓ
※1 いずれかの記載が必須				HDLコレステロール	mg/dℓ
※2 生理中、腎疾患等で排尿障害のある方は未実施でも可				LDLコレステロール	mg/dℓ
※3 LDLコレステロールの記載がある場合は、nonHDLコレステロールの記載は不要				(non-HDLコレステロール)	mg/dℓ

【検査結果】: 追加項目

腎機能検査	血清クレアチニン	mg/dℓ	eGFR	mℓ/分/1.73m ²
-------	----------	-------	------	-------------------------

他覚症状	なし	あり()	
上記項目を踏まえての医師の判断	異常なし 要指導 要医療 治療中 (特記事項:)		
医師名		検査日 (判定日)	