

特定健診データ入力シート

受診券番号					
フリガナ		記号番号			
氏名		生年月日		性別	

健診施設名				
所在地	都・道 府・県	市・町・村	区	
受診日				

●問診項目（健診結果の写しを送付の際も、下記問診項目をご記入のうえ、併せてお送りください）

問診	血圧を下げる薬を服用している	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 ヶ月以上吸っており、最近 1 ヶ月も吸っている者」）	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
身体測定	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)	
	BMI		肝 機 能	AST[GOT] (U/l)	
血 圧	収縮期 (最高 : mmHg)			ALT[GPT] (U/l)	
	拡張期 (最低 : mmHg)			γ-GT[γ-GTP] (U/l)	
血糖 (※1)	空腹時血糖 (mg/dl)		尿 検 査	糖 (+/-)	
	HbA1c【NGSP】 (%)			蛋白 (+/-)	

●医師の判断

項目	結果
医師の判断 (※2)	
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 *

- ・ **必ず各項目全てを記入してください。**（実施していない場合を除く。）
- ・ 受診時に健診施設へ受診券を提出していない場合は、この用紙と一緒に提出してください。

※1 「血糖」の検査はどちら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 「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