

生活習慣病予防健診結果通知票

カガナ 様
氏名

健診年月日
前回健診日
前々回健診日

生年月日
性別
年齢 歳

カルテ番号
受付番号
健診の種類
本/配区分 1 本人 2 配偶者
健康保険被保険者の保険番号
健康保険の記号
被保険者の番号
事業所名

事業所所在地
〒

事業所電話番号

- 「付」欄の※印は、40歳、50歳の方に対する付加健診でのみ実施される検査項目です。
- 「付」欄の☆印HbA1cは、医師の判断により、血糖検査に代えて(加えて)実施致します。
- この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師による保険指導(特定保健指導含む)・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されないことがない方法で統計・調査研究を実施するときに限り使われます。
- この通知票は、あなたの健康のための大切な記録ですから、紛失しないように保管して下さい。
- この次に健診を受けるときは、必ずこの通知票をご持参下さい。

診察等

既往歴
1. 特記事項あり
2. 特記事項なし

服薬歴
1. 服薬あり 薬剤名
2. 服薬なし 服薬理由

服薬歴
1. 服薬あり 薬剤名
2. 服薬なし 服薬理由

服薬歴
1. 服薬あり 薬剤名
2. 服薬なし 服薬理由

喫煙歴
1. 喫煙歴あり
2. 喫煙歴なし

自覚症状
1. 特記事項あり
2. 特記事項なし

他覚症状
1. 特記事項あり
2. 特記事項なし

採血時間(食後)
1. 食後10時間未満 2. 食後10時間以上

| 指導 | 項目 | 付 | 今回 | 前回 | 前々回 | 単位 | 基準値 | |
|-------------|-----------------|----------|----|----|-----|---------------------|-----------|------|
| 診察等 | 身長 | | | | | cm | | |
| | 体重 | | | | | kg | | |
| | (標準体重) | | | | | kg | | |
| | BMI | | | | | | 18.5-24.9 | |
| | 腹囲 | | | | | cm | | |
| | 視力 | 右 裸眼(矯正) | | | | | | |
| | | 左 裸眼(矯正) | | | | | | |
| | | 右 1000Hz | | | | | | 所見なし |
| | | 左 4000Hz | | | | | | |
| | 右 1000Hz | | | | | | | |
| 左 4000Hz | | | | | | | | |
| 胸部腹部・聴診触診所見 | | | | | | | | |
| 血圧 | 収縮期圧(最高血圧) | 1回目 | | | | mmHg | 140未満 | |
| | 拡張期圧(最低血圧) | 2回目 | | | | | 90未満 | |
| | 収縮期圧 | 1回目 | | | | | | |
| | 拡張期圧 | 2回目 | | | | | | |
| 指導 | 項目 | 付 | 今回 | 前回 | 前々回 | 単位 | 基準値 | |
| 脂質 | 総コレステロール | | | | | mg/dℓ | 130-220 | |
| | 中性脂肪 | | | | | mg/dℓ | 40-149 | |
| | HDLコレステロール | | | | | mg/dℓ | 40-86 | |
| | LDLコレステロール | | | | | mg/dℓ | 70-139 | |
| 肝機能等 | GOT(AST) | | | | | IU/ℓ | 10-40 | |
| | GPT(ALT) | | | | | IU/ℓ | 5-45 | |
| | γ-GTP | | | | | IU/ℓ | 10-40 | |
| | ALP | | | | | IU/ℓ | 110-340 | |
| | 総蛋白 | ※ | | | | g/dℓ | 6.5-8.3 | |
| | アルブミン | ※ | | | | g/dℓ | 3.8-5.2 | |
| 代謝系 | 総ビリルビン | ※ | | | | mg/dℓ | 0.2-1.2 | |
| | LDH | ※ | | | | IU/ℓ | 107-230 | |
| | アミラーゼ | ※ | | | | IU/ℓ | 40-130 | |
| | 空腹時血糖 | | | | | mg/dℓ | 70-110 | |
| | HbA1c | ☆ | | | | % | 4.3-5.8 | |
| | 尿糖 | | | | | 定性 | (-) | |
| 尿一般・腎 | 尿酸 | | | | | mg/dℓ | 2.5-7.0 | |
| | 尿蛋白 | | | | | 定性 | (-) | |
| | 尿潜血 | | | | | 定性 | (-) | |
| | 血清クレアチニン | | | | | mg/dℓ | 0.47-0.79 | |
| | 尿赤血球 | ※ | | | | HPF | | |
| | 尿白血球 | ※ | | | | HPF | | |
| 血液一般 | 上皮下皮細胞円柱その他 | ※ | | | | HPF | | |
| | Ht(ヘマトクリット)値 | | | | | % | 34-45 | |
| | Hb(ヘモグロビン) | | | | | g/dℓ | 11.3-15.2 | |
| | 赤血球数 | | | | | 10 ⁴ /μℓ | 370-500 | |
| | 白血球数 | | | | | 10 ³ /μℓ | 3.6-9.0 | |
| | MCV(平均赤血球容積) | | | | | fℓ | 79-100 | |
| | MCH(平均赤血球色素量) | | | | | pg | 26.3-34.3 | |
| | MCHC(平均赤血球色素濃度) | | | | | % | 30.7-36.6 | |
| | 血小板数 | | | | | 10 ⁴ /μℓ | 13.0-36.9 | |
| | 末梢血像 | | | | | | | |
| 大腸肺機能 | Baso | ※ | | | | % | 0-2 | |
| | Eosino | ※ | | | | % | 1-6 | |
| | Neutro | ※ | | | | % | 43-75 | |
| | Lympho | ※ | | | | % | 25-45 | |
| | Mono | ※ | | | | % | 2-8 | |
| | 免疫便潜血反応1日目 | | | | | 定性 | 2日とも(-) | |
| 免疫便潜血反応2日目 | | | | | | | | |
| 肺機能 | 肺活量(VC) | ※ | | | | cc | | |
| | 一秒量(FEV1.0) | ※ | | | | ℓ | | |
| | 一秒率(FEV1.0%) | ※ | | | | % | | |

| 指導 | 項目 | 付 | 今回 | 前回 | 前々回 | 所見 |
|----|----------|---|----|----|-----|------|
| 眼底 | KW | ※ | | | | |
| | Scheie H | ※ | | | | |
| | Scheie S | ※ | | | | 実施理由 |
| | SCOTT | ※ | | | | |

○眼底検査は、医師の判断により一般健診において実施される場合があります。

| 指導 | 項目 | 付 | 所見 |
|-----|-------|---|----|
| 心電図 | 心電図 | | |
| | X線 | | |
| 胸部 | () | | |
| | X線 | | |
| 胃腸部 | () | | |
| | 内視鏡 | | |
| 腹部 | 腹部超音波 | ※ | |
| | | | |

| 指導 | 項目 | 付 | 結果 |
|--------|-------------|---|--|
| 子宮 | 細胞診(スメア) | | 1. 特に異常を認めず 2. 要精密検査 |
| | | | |
| 乳房 | 乳房X線 | | |
| | 触診等 | | |
| 肝炎ウイルス | HBs抗原 | | 基準値 (-) |
| | HCV抗体 | | 1. C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い。 2. C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い。 3. 要HCV核酸増幅検査 |
| | HCV抗体核酸増幅検査 | | 1. C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い。 2. C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い。 |

| メタボリックシンドローム判定 | | | |
|----------------|------|---|--|
| 総合 | 指導区分 | 1. この検査の範囲では異常ありません。 2. わずかに基準範囲をはずれていますが、日常生活に差し支えありません。 3. 日常生活に注意を要し、経過の観察を必要とします。 4. 治療を必要とします。 5. 精密検査を必要とします。 | |
| | | 6. 治療中 (総合所見の指導区分は、6に該当する項目を除いて判定したものです。) | |
| 所見 | 注意事項 | | |
| | | | |

○各項目の指導欄の値は、総合所見の指導区分の分類と同じです。

病 院 〒572-0848 大阪府寝屋川市秦町15番3号
所在地及び名称 社会医療法人山弘会上山病院
連 絡 先 TEL:072-825-2345 FAX:072-825-0010
E-mail:info@ueyamabyouin.com
医 師 氏 名

