

基本健診受診結果票

健診実施機関の方へ

- ・健診結果のご記入をお願いします。医療機関に独自の結果票があり、その結果票を受診者にお渡しいただく場合は、この用紙への記入は不要です。
- ・健診の費用は、全額を受診者にご請求ください。受診者から支払いを受けましたら、基本健診を受診したことが分かる領収書を受診者にお渡しください。以下に記載の検査以外の検査を同時に受診した場合は、基本健診とそれ以外の検査の内訳が分かる領収書の発行をお願いします。

被保険者証記号・番号	記号	番号
フリガナ		
受診者氏名・性別	男 ・ 女	
生年月日・年齢	昭和 ・ 平成 年 月 日 () 歳	

受診年月日	令和 年 月 日
受診機関	所在地
	名称
	担当医師名 ㊟

既往歴										
自覚症状										
他覚症状										
検査内容	項目	検査結果				注意事項				
	身体測定	身長			.	cm	小数点以下1桁			
		体重			.	kg	小数点以下1桁			
		BMI			.	kg/m ²	小数点以下1桁			
		腹囲			.	cm	小数点以下1桁			
	血圧	収縮期血圧				mmHg				
		拡張期血圧				mmHg				
	脂肪検査	中性脂肪				mg/dl				
		HDLコレステロール				mg/dl				
		LDLコレステロール または 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-GPT)				U/l				
	血糖検査	空腹時血糖 または HbA1c (NGSP値) または 随時血糖				mg/dl				
					.	%	小数点以下1桁			
						mg/dl				
尿検査	尿糖	-	.	±	.	+	.	++	.	+++
	尿蛋白	-	.	±	.	+	.	++	.	+++
医師の診断		異常なし ・ 差し支えなし ・ 経過観察 ・ 要治療 ・ 要精査 ・ 治療中								