

一 般 健 診 受 診 票 (結 果 票)

〔 契約医療機関以外での健診を受診の際にご使用ください。 〕

● 健診受診前に太枠内をご記入ください。

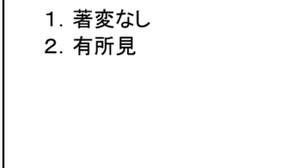
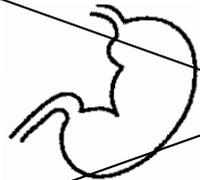
健康保険 記号 - 番号	フリガナ 受診者氏名 (性別)	生年月日 (年齢)	※現在治療中の疾病
		年 月 日 ()	1 .
			2 .
			3 .

※現在治療を受けている方は必ず病名をご記入ください。

健診実施機関 御中

1. 一般健診(30歳未満)は、下記の検査項目を行う。
2. 健診対象年齢は、健診受診年度の年度末を基準とする。
3. 判定結果は、下記の[判定区分]に従い○印をつけてください。
[判定区分 … A-正常 B-略正常 C-要経過観察 D-要治療 E-要精密検査 F-要継続治療]

【健診年月日 年 月 日】

身 体 計 測					視 力 (矯正)	聴 力				尿									
身長	体重	標準体重	BMI	腹 囲	右 (.)	[右]	オージオ1000	オージオ4000	糖	蛋白	潜 血								
cm	kg	kg		cm			1. 正 常 2. 有 所 見			- ± +	- ± +	- ± +							
					左 (.)	[左]	オージオ1000	オージオ4000	2+ 3+ 4+	2+ 3+ 4+	2+ 3+ 4+								
						1. 正 常 2. 有 所 見			A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F								
血 圧		血 液 一 般																	
最高/最低	mmHg	WBC	RBC	Hb	Ht	MCV	MCH	MCHC	PLT										
A B C D E F		A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F								
血 液 生 化 学																			
AST	ALT	γ-GTP	ALP	T-cho	HDL-Cho	LDL-Cho	T G	GLU	HbA1c	U A	クレアチニン	eGFR							
A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F	A B C D E F							
胸 部 X 線				心 電 図				上 部 消 化 管 X 線 (40歳以上)				便 潜 血 反 応 (40歳以上)							
 1. 著変なし 2. 有所見 A B C D E F				 1. 著変なし 2. 有所見 A B C D E F				 1. 著変なし 2. 有所見 A B C D E F				1 回 目		- ± +		2 回 目		- ± +	
												2 回 目		2+ 3+ 4+		2 回 目		2+ 3+ 4+	
総 合 判 定 並 び に 指 示 事 項																			
A B C D E F						医療機関名 _____													
指示事項 _____						医師名 _____													