**健康診断結果報告書（パート勤務先等用） 　令和3年度用**

※当健康保険組合の健診を受けられた方は提出不要です。

**以下太枠内の項目は国への報告上必須となっておりますので、必ずご記入をお願いいたします。**

**健診結果に不足がある場合は、生活習慣病予防のためにも、当健保組合の健診の受診をお勧めします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **保険証記号番号** | **記号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番号** | | |
| **フリガナ** |  | **続柄** | **生年月日** |
| **氏名** |  |  | **昭 ・ 平　　　　 年　　　　　月　　　　　日** |

**1．基本情報と、問診の回答をご記入ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **問　　　　　診**  （いずれかに○） | **現在、血圧をさげる薬を服用されていますか。** | **はい・いいえ** |
| **現在、血糖を下げる薬を服用またはインスリン注射をされていますか。** | **はい・いいえ** |
| **現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用されていますか。** | **はい・いいえ** |
| **現在、たばこを習慣的に吸っていますか。** | **はい・いいえ** |
| **既往歴** | **なし ・ あり （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | |
| **自覚症状** | **なし ・ あり （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | |

**2．健康診断結果をご記入ください。健康診断結果表のコピーの送付でも構いません。コピーの場合は、以下の項目の記載があるか、ご確認をお願いいたします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受診日** | | **令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日** | | | **医療機関名** |  | | | |
| **検　査　項　目** | | | | | **結果（数値等）をご記入ください。** | | | | |
| **身体測定** | | | **身　長** | | **cm** | | **腹囲** | **cm** | |
| **体　重** | | **Kg** | | **ＢＭＩ** |  | |
| **血圧（高い方／低い方）** | | | | | **／**mmHg | | | | |
| **血液検査** | **脂質** | | **中性脂肪** | |  | | | | mg/dl |
| **ＨＤＬコレステロール** | |  | | | | mg/dl |
| **ＬＤＬコレステロール** | |  | | | | mg/dl |
| **肝機能** | | **ＡＳＴ（ＧＯＴ）** | |  | | | | IU/I |
| **ＡＬＴ（ＧＰＴ）** | |  | | | | IU/I |
| **γ―ＧＴＰ** | |  | | | | IU/I |
| **血糖**  **どちらか1つでも可** | | **空腹時血糖** | |  | | | | mg/dl |
| **ＨｂＡ１ｃ（ＮＧＳＰ）** | |  | | | | ％ |
| **尿検査** | **尿蛋白** | | **-　　・　　±　　・　　　+　　・　　　2+　　・　　3+以上　　（いずれかに○）** | | | | | | |
| **尿 糖** | | **-　　・　　±　　・　　　+　　・　　　2+　　・　　3+以上　　（いずれかに○）** | | | | | | |
| **医師の判断（いずれか○）** | | | | **特記事項なし・特記事項あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | |
| **他覚症状・診察（いずれか○）** | | | | **特記事項なし・特記事項あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | |
| **健康診断を実施した医師名** | | | |  | | | | | |