

健康診断結果報告書（パート勤務先等用）

令和4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。

1. 基本情報と、問診の回答をご記入ください。

保険証記号番号	記号			番号			
フリガナ			続柄	生年月日			
氏名				S H	年	月 日	
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/l	
		ALT(GPT)				IU/l	
		γ-GTP				IU/l	
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(いずれかに○)					○ 特記事項なし ○ 特記事項あり()		
他覚症状・診察(いずれかに○)					○ 特記事項なし ○ 特記事項あり()		
健康診断を実施した医師名							