

健康診断記録票(保険年金課提出用)

住所		(〒)		電話番号			
被保険者記号 番号				生年月日		昭和 年 月 日	
名前				年齢		歳	
				性別		男 ・ 女	
受診病院名				受診日		年 月 日	
身体測定	身長	cm		尿検査	糖	－ ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++	
	体重	kg			蛋白	－ ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++	
	BMI				潜血	－ ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++	
	腹囲	cm		腎機能検査	BUN(尿素窒素)	mg/dl	
血圧	収縮期血圧	mmHg			クレアチニン	mg/dl	
	拡張期血圧	mmHg			eGFR	ml/min/1.73m ²	
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	mg/dl		尿酸代謝	尿酸	mg/dl	
	随時中性脂肪	mg/dl		血液検査	白血球数	/mm ³	
	LDLコレステロール	mg/dl			赤血球数	10 ⁴ /ul	
	HDLコレステロール	mg/dl			血色素量 (ヘモグロビン値)	g/dl	
	non-HDL コレステロール	mg/dl			ヘマトクリット値	%	
	AST(GOT)	IU/l		心電図		所見あり ・ 所見なし	
肝機能検査	ALT(GPT)	IU/l		眼底検査※	眼底検査 (キースワグナー分類)	0 ・ I ・ II a ・ II b ・ III ・ IV	
	γ-GT(γ-GTP)	IU/l			眼底検査 (シェイエ分類:H)	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	
	アルブミン	g/dl			眼底検査 (シェイエ分類:S)	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	
	空腹時血糖	mg/dl			眼底検査 (SCOTT 分類)	I (a) ・ I (b) ・ II ・ III(a) ・ III(b) ・ IV ・ V(a) ・ V(b) ・ VI	
血糖検査	HbA1c(NGSP 値)	%			眼底検査 (Wong - Mitchell 分類)	所見なし ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度	
	随時血糖	mg/dl			眼底検査 (改変 Davis 分類)	網膜症なし ・ 単純網膜症 ・ 増殖前網膜症 ・ 増殖網膜症	
	採血時間(食後)	時間		眼底検査 (その他の所見分類)			

※一定の基準の下、医師が必要と認めた場合

メタボリックシンドローム判定		該当 ・ 予備群該当 ・ 非該当 ・ 判定不能	
医師の判断		医師の氏名	