

# 健康診断記録票(保険年金課提出用)

住所	(〒 - )			電話番号	
被保険者証番号		生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳
名前				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	- ・ 土 ・ + ・ ++ ・ +++
	体重	kg		蛋白	- ・ 土 ・ + ・ ++ ・ +++
	BMI			潜血	- ・ 土 ・ + ・ ++ ・ +++
	腹囲	cm	腎機能検査	BUN(尿素窒素)	mg/dl
血圧	最高(収縮期)	mmHg		クレアチニン	mg/dl
	最低(拡張期)	mmHg		eGFR	ml/min/1.73m <sup>2</sup>
血中脂質検査	中性脂肪	mg/dl	尿酸代謝	尿酸	mg/dl
	LDLコレステロール	mg/dl	血液検査	赤血球数	10 <sup>4</sup> /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	%
肝機能検査	GOT	IU/l	心電図		所見あり・所見なし
	GPT	IU/l	眼底検査※	眼底検査(キースワグナー分類)	0・I・IIa・IIb・III・IV
	γ-GTP	IU/l		眼底検査(シェイエエ分類:H)	0・1・2・3・4
	アルブミン	g/dl		眼底検査(シェイエエ分類:S)	0・1・2・3・4
血糖検査	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
	採血時間(食後)	時間	眼底検査(Wong-Mitchell分類)	所見なし・軽度・中等度・重度	
	HbA1c(NGSP値)	%	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	
	随時血糖	mg/dl	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