

特定健診結果送付表

下記は特定健診の必須項目となりますので、健診結果表等を参照のうえ、漏れなくすべてご記入ください。

フリガナ		性別		
受診者氏名				
保険証記号 - 番号	10・80 -	生年月日	年	月 日
健診結果表に記載がない場合は、ご自身でご記入ください。	健診機関	医師の氏名		
	健診実施日	年 月 日	医師の判断 (所見)	(例) 異常なし、要治療等

項目 (健診結果表に記載がない場合は、ご自身でご記入ください)		回答
身体計測	身長	(cm)
	体重	(kg)
	腹囲	(cm)
採血時間	※①～③のいずれかに○をつけてください。 ①空腹時 (食後 10h 以上) ・ ②食後 3.5h 以上 10h 未満 ・ ③食後 3.5h 未満	
※尿検査未実施の場合のみ①～③のいずれかに○をつけてください。 ①生理中 ・ ②排尿障害有(腎疾患等) ・ ③その他		

質問項目 (ご回答ください)		回答
服薬 (a から c の薬の使用の有無)	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
既往歴	医師から、脳卒中 (脳出血、脳梗塞等) にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
	医師から、心臓病 (狭心症、心筋梗塞等) にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療 (人工透析など) を受けていますか。	①はい ②いいえ
喫煙	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 ・条件1：最近1か月間吸っている ・条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	①はい (条件1と条件2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす) ③いいえ (①②以外)
自覚症状	自覚症状がありますか。 (例) めまい、頭痛等	①はい () ②いいえ
他覚症状	他覚症状がありますか。 (例) 顔色不良、心雑音等	①はい () ②いいえ

以上