

特定健康診査等受診結果通知表

網掛け以外が特定健診項目です。眼底検査を除いた全項目を実施すると労安法健診並項目となります。

フリガナ		生年 月日	昭 年 月 日	健診 年月日	平 年 月 日
氏名		性別 年齢	男 女 歳	特定健康診査 受診券番号	

既往歴	
服薬歴	喫煙歴
自覚症状	
他覚症状	

項目	基準値	保健 指導 判定値	治療 勧奨 判定値	今回	前回	前々回	
				平 年 月 日	平 年 月 日	平 年 月 日	
身体計測	身長 (cm)						
	体重 (kg)						
	腹 囲 (cm)	男 85未満 女 90未満	85以上 90以上				
	内臓脂肪面積 * (cm ²)	100未満	100以上				
	BMI (kg/m ²)	18.5 ~ 24.9	25以上				
	視力	右			()	()	()
		左			()	()	()
	聴力	右	1000Hz		所見 有・無	所見 有・無	所見 有・無
4000Hz				所見 有・無	所見 有・無	所見 有・無	
左		1000Hz		所見 有・無	所見 有・無	所見 有・無	
		4000Hz		所見 有・無	所見 有・無	所見 有・無	
血 圧	収縮期血圧 (mmHg)	130未満	130以上 140以上				
	拡張期血圧 (mmHg)	85未満	85以上 90以上				
血中脂質	中性脂肪 (mg/dl)	150未満	150以上 300以上				
	HDL-cho (mg/dl)	40以上	40未満 35未満				
	LDL-cho (mg/dl)	120未満	120以上 140以上				
	総-cho (mg/dl)						
肝機能	GOT (U/l)	30以下	31以上 51以上				
	GPT (U/l)	30以下	31以上 51以上				
	-GTP (U/l)	50以下	51以上 101以上				
血糖検査	空腹時血糖 (mg/dl)	100未満	100以上 126以上				
	HbA1c (JDS値) (%)	5.2未満	5.2以上 6.1以上				
尿検査	糖			- ± + ++ +++	- ± + ++ +++	± + ++ +++	
	蛋 白			- ± + ++ +++	- ± + ++ +++	± + ++ +++	
	ウロビリノーゲン			- ± + ++ +++	- ± + ++ +++	± + ++ +++	
	潜 血			- ± + ++ +++	- ± + ++ +++	± + ++ +++	

* 腹囲と内臓脂肪面積は、いずれかの項目の実施で可。

特定健康診査等受診結果通知表

詳細な健診項目 (白血球数と胸部X線を除く)		基準値		保健指導判定値	治療勧奨判定値	今回 平 年 月 日	前回 平 年 月 日	前々回 平 年 月 日
胸部 X 線								
心電図検査								
貧血検査	赤血球数 (万/ μ l)	男	400 ~ 539	360 ~ 399 540 ~ 579	359以下 580以上			
		女	360 ~ 489	330 ~ 359 490 ~ 519	329以下 520以上			
	白血球数							
	血色素量 (ヘモグロビン) (g/dl)	男	13.1 ~ 16.6	12.0 ~ 13.0 16.7 ~ 17.9	11.9以下 18.0以上			
		女	12.1 ~ 14.6	11.0 ~ 12.0 14.7 ~ 15.9	10.9以下 16.0以上			
	ヘマトクリット値	男	38.5 ~ 48.9	35.4 ~ 38.4 49.0 ~ 52.8	35.3以下 52.9以上			
女		35.5 ~ 43.9	32.4 ~ 35.4 44.0 ~ 46.9	32.3以下 47.0以上				
眼底検査	キースワグナー分類		1:0、2:、3: a 4: b、5:、6:					
	シェイエ分類	H	1:0、2:1、3:2、4:3、5:4					
		S	1:0、2:1、3:2、4:3、5:4					
	SCOTTO分類		1: (a)、2: (b)、3:、4: (a)、 5: (b)、6:、7: (a)、8:(b)、9:					
所 見		異常なし	軽度所見あり	要医療				

メタボリックシンドローム判定 いずれかに 印を付けてください。	1. 治療勧奨 2. 予備群該当 3. 非該当	1. 治療勧奨 2. 予備群該当 3. 非該当	1. 治療勧奨 2. 予備群該当 3. 非該当
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

医師の判断	
判断した医師名	

医師の判断欄は、下記について記入してください。
 特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
 貧血検査、心電図検査及び眼底検査を実施した場合の理由