

## 治療中の方の特定健康診査 情報提供票

フリガナ		生年月日	S 年 月 日 ( ) 才	性別	1男 ・ 2女
氏名					
受診者住所	(〒 - )大洲市				
受診者電話番号					
医療機関番号		検査年月日	年 月 日		

## &lt;基本的な検査項目&gt;

治療中の疾患名称（主病を明記してください）		主病名：	
自覚症状		他覚症状	
検査項目		検査結果	注意事項
身体計測	身長	c m	小数点以下1桁
	体重	k g	小数点以下1桁
	BMI	kg/m <sup>2</sup>	小数点以下1桁
	腹囲	c m	小数点以下1桁
血圧	収縮期血圧	mmHg	
	拡張期血圧	mmHg	
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	mg/dl	どちらか該当の項目
	随時中性脂肪（食後 h）	mg/dl	
	HDLコレステロール	mg/dl	
	LDLコレステロール	mg/dl	
肝機能検査	AST（GOT）	U/l	
	ALT（GPT）	U/l	
	γ-GTP	U/l	
血糖検査	空腹時血糖	mg/dl	どちらか該当の項目
	随時血糖（食後 h）	mg/dl	
	HbA1c	%	小数点以下1桁
尿検査	尿糖	- ± + 2+ 3+	
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+	

## &lt;追加項目&gt;

尿検査	尿潜血	- ± + 2+ 3+	
腎機能検査	血清尿酸	mg/dl	
	血清クレアチニン	mg/dl	小数点以下2桁

## ■「医師の意見」

- ☐ 異常なし
- ☐ 経過観察
- ☐ 要指導
- ☐ 要医療
- ☐ 治療中

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名