

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		

<基本的な検査項目>

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 ²	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		%		
尿検査	尿糖	- ± + 2+ 3+		小数点以下1桁	
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+			

<追加項目>

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