

健康診査結果 記録票

太枠内をご記入ください。全てご記入ください。



ご住所	瀬戸市	電話	
お名前		生年月日	昭和 年 月 日 歳
No	質問項目	回答 (○をつけてください。)	
1-1	血圧を下げる薬を服用していますか。	1. はい 2. いいえ	
1-2	インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	1. はい 2. いいえ	
1-3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか	1. はい 2. いいえ	
2	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「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり最近1ヶ月間も吸っている者)	1. はい 2. いいえ	

結果記載欄(健康診査結果を同封いただいても構いません。原本は返送します。)

受診日		医療機関	名称 所在地 健診医師名		
既往歴	有・無	所見			
自覚症状	有・無	所見			
他覚症状	有・無	所見			
検査項目	検査結果		検査項目	検査結果	
身体計測	身長	cm	肝機能	GOT(AS T)	U
	体重	kg		GPT(ALT)	U
	BMI			γ-GTP (γGT)	IU/ℓ
	腹囲	cm	血液検査	中性脂肪	mg/dℓ
	血圧	/ mmHg		HDLコレステロール	mg/dℓ
尿検査	蛋白	— ± + ++ ###	LDLコレステロール	mg/dℓ	
	糖	— ± + ++ ###	血糖	空腹時血糖 mg/dℓ	
メタボリックシンドローム判定	該当・予備群・非該当		血糖	HbA1c %	
保健指導レベル	積極的・動機付け・情報提供		追加	血清クレアチニン mg/dℓ	
医師の判断	異常なし・要観察・要指導・要医療・治療中 その他()		追加	尿酸 mg/dℓ	

※同一の医療機関の健康診査結果をご記入ください。記入漏れがないかご確認ください。

ご協力ありがとうございました。

