

- ・健診受診ポイントを獲得する際の必須事項の確認に使用ください
- ・健診結果のコピーと一緒にご提出ください
- ・提出不要の方は、こちらも提出しなくてよいです

管理番号(6桁)

健診項目チェック票

太枠内はすべてご記入ください

氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 年 月 日
住所	志木市			電話番号	
加入保険	志木市国民健康保険・後期高齢者医療保険・その他()				
受診日	年 月 日	受診医療機関		医師名	

健診結果に含まれているかチェックし、掲載されていない項目がある場合は印や数値等をご記入ください

		↓ご自身で☑をお願いします		問診		
必須項目 (項目が不足している場合は、ポイントが付与されません)	既往歴	<input type="checkbox"/>		なし・あり()		
	自覚症状	<input type="checkbox"/>		なし・あり()		
	他覚症状	<input type="checkbox"/>		なし・あり()		
	服薬歴	<input type="checkbox"/>	血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/>	なし・あり	
		<input type="checkbox"/>	インスリン注射または血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/>	なし・あり	
		<input type="checkbox"/>	コレステロールを下げる薬	<input type="checkbox"/>	なし・あり	
	喫煙習慣	<input type="checkbox"/>		吸わない・吸う		
	検査項目					
	身体計測	<input type="checkbox"/>	身長		cm	
		<input type="checkbox"/>	体重		kg	
<input type="checkbox"/>		BMI		kg/m ²		
血圧測定	<input type="checkbox"/>	収縮期(最大)血圧		mmHg		
	<input type="checkbox"/>	拡張期(最小)血圧		mmHg		
脂質検査	<input type="checkbox"/>	中性脂肪		mg/dl		
	<input type="checkbox"/>	HDLコレステロール		mg/dl		
	<input type="checkbox"/>	LDLコレステロール		mg/dl		
肝機能検査	<input type="checkbox"/>	AST(GOT)		U/l		
	<input type="checkbox"/>	ALT(GPT)		U/l		
	<input type="checkbox"/>	γ-GT(γ-GTP)		U/l		
血糖検査	<input type="checkbox"/>	空腹時血糖 または 随時血糖		mg/dl	(食後 時間)	
	<input type="checkbox"/>	ヘモグロビンA1c(NGSP)		%		
尿検査	<input type="checkbox"/>	尿糖		- ± + 2+ 3+ ()		
	<input type="checkbox"/>	尿蛋白		- ± + 2+ 3+ ()		

実施した場合に記入	腹囲	cm	non-HDLコレステロール	mg/dl
	ヘマトクリット値	%	尿酸	mg/dl
	血色素量(ヘモグロビン)	g/dl	クレアチニン	mg/dl
	赤血球数	× 10 ⁴ μl	eGFR	ml/分/1.73m ²
	心電図検査	所見なし・所見あり()	アルブミン	g/dl
	総合判定	異常を認めず・経過観察・要指導・要精密検査・要医療(治療中)・その他()		