

- ・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

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)	↓ご自身で☑をお願いします		問診
	既往歴	<input type="checkbox"/>	
自覚症状	<input type="checkbox"/>		なし・あり( )
他覚症状	<input type="checkbox"/>		なし・あり( )
採血時間	<input type="checkbox"/>	最後の食事からの経過時間	10時間以上・3.5時間以上10時間未満・3.5時間未満
服薬歴	<input type="checkbox"/>	血圧を下げる薬	なし・あり
	<input type="checkbox"/>	インスリン注射または血糖を下げる薬	なし・あり
	<input type="checkbox"/>	コレステロールを下げる薬	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 <sup>2</sup>
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	[空腹時・随時] 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"/>	血糖	[空腹時・随時] mg/dl
	<input type="checkbox"/>	ヘモグロビンA1c(NGSP)	%
尿検査	<input type="checkbox"/>	尿糖	- 土 + 2+ 3+ ( )
	<input type="checkbox"/>	尿蛋白	- 土 + 2+ 3+ ( )
	<input type="checkbox"/>	未実施	理由 [生理中・腎疾患等の基礎疾患で排尿障害があるため]

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 <sup>4</sup> μl	eGFR	ml/分/1.73m <sup>2</sup>
	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( )		