

- ・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
- ・提出の可否について、詳しくは健康政策課へお問い合わせください。

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	☐	なし ・ あり ()		
	自覚症状	☐	なし ・ あり ()		
	他覚症状	☐	なし ・ あり ()		
	採血時間	☐	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	☐	血圧を下げる薬	なし ・ あり	
		☐	インスリン注射または血糖を下げる薬	なし ・ あり	
		☐	コレステロールを下げる薬	なし ・ あり	
	喫煙習慣	☐	吸わない ・ やめた ・ 吸う		
	検 査 項 目				
	身体計測	☐	身 長	cm	
		☐	体 重	kg	
		☐	BMI	kg/m ²	
	血圧測定	☐	収縮期(最大)血圧	mmHg	
		☐	拡張期(最小)血圧	mmHg	
	脂質検査	☐	中性脂肪	[空腹時 ・ 随時] 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-GT (γ-GTP)	U/l	
	血糖検査	☐	血糖	[空腹時 ・ 随時] mg/dl	
		☐	ヘモグロビンA1c(NGSP)	%	
	尿検査	☐	尿糖	- ± + 2+ 3+ ()	
☐		尿蛋白	- ± + 2+ 3+ ()		
☐		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 ・ その他]		
医師の判定	☐	1.異常なし 2.軽度異常 3.要再検査・生活改善 4.要精密検査 5.治療中			

※令和7年度から「医師の判定」が必須項目となります。コピーを提出する際には漏れがないようお気をつけください。

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
	特定保健指導判定	1.積極的支援 2.動機付け支援 3.情報提供		
	メタボリックシンドローム判定	1.基準該当 2.予備群該当 3.非該当		