

- ・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
- ・提出の要否について、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			

※「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		