

被扶養者健診 結果票

※補助金申請には健診結果の提出が必須です。「医療機関の結果票」「被扶養者健診結果票」のいずれかを提出ください。

氏名		記号	番号	健診年月日	西暦	年	月	日	
		続柄	性別	生年月日	西暦	年	月	日 (歳)	
			男・女		(2022年3月31日時点)				
医療機関様：この用紙「被扶養者健診結果票」の記入に文書料が発生する場合は、この用紙は使わず「病院の結果票」をお渡しください。									
基本健診項目			領域判定 (コード番号を記入ください)		詳細な項目 (40歳以上のみ) (医師が必要と認めた場合)			領域判定 (コード番号を記入ください)	
身体計測	身長	cm	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	貧血	RBC	万/μl	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	心電図 (安静時) A正常範囲 D再検査 B軽度異常 E精密検査 C経過観察 F要治療	
	体重	kg			Hb	g/dl			
	BMI				Ht	%			
	腹囲	cm			血清クレアチニン mg/dl				
血圧	1回目	mmHg	A正常範囲 D再検査 B軽度異常 E精密検査 C経過観察 F要治療	(e-GFR)		A正常範囲 D再検査 B軽度異常 E精密検査 C経過観察 F要治療	眼底検査 キースローグナー分類 0 I IIa IIb III IV シエイエ分類 (H) 0 1 2 3 4 シエイエ分類 (S) 0 1 2 3 4 SCOTT分類 I a 1b II IIIa IIIb IV Vq Vb		
	2回目	mmHg							
検尿	糖	- ± + ++	A正常範囲 D再検査 B軽度異常 E精密検査 C経過観察 F要治療	がん検診 (2020年12月31日時点と受診時に健保加入者で年齢基準を満たした希望者) *年齢基準：2022年3月31日現在					
	蛋白	- ± + ++							
肝機能	AST (GOT)	IU/l	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	胃ガン	(間・直・カメラ)	A正常範囲 D再検査 B軽度異常 E精密検査 C経過観察 F要治療	大腸ガン (便潜血) A正常範囲 D再検査 B軽度異常 E精密検査 C経過観察 F要治療		
	ALT (GPT)	IU/l		* 40歳以上					
	γ-GT (γ-GTP)	IU/l							
脂質	TG	mg/dl	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	乳ガン	(視触診・マンモグラフィ・I ¹²⁵ -I ¹²⁵)	A正常範囲 D再検査 B軽度異常 E精密検査 C経過観察 F要治療	子宮ガン (細胞診) class: I II III IV V (ヘセスダ診) NILM・LSIL・HSIL・SCC ASC-US・ASC-H・ AGC・AIS Adenocarcinoma (内診) A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療		
	HDL-C	mg/dl		* 40歳以上 偶数歳					
	LDL-C	mg/dl							
血糖	血糖 (空腹時・随時)	mg/dl	A正常範囲 D再検査 B軽度異常 E精密検査 C経過観察 F要治療	医療機関様にお問い合わせ					
	HbA1c	NGSP %							
診察	(所見)		A正常範囲 D再検査 B軽度異常 E精密検査 C経過観察 F要治療	40歳以上の場合、検査費用のうち、特定健診と特定健診詳細項目の金額をご記入願います					
医師の診断及び総合判定									
詳細検査実施理由				特定健診費用	円	健康診断を実施した医師の氏名	医療機関名		
				詳細項目費用	円				