

# 配偶者健診 結果票

平成30年度

提出先：ワールド健康保険組合

※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」「配偶者健診結果票」のいずれかを提出ください。

対象	配偶者	記号	番号	健診 年月日	平成	年	月	日
氏名				性別	男・女	生年 月日	昭 平	年 月 日 ( 歳)

医療機関様：この用紙「配偶者健診結果票」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
	体重	kg			Hb	g/dl	
	BMI				Ht	%	
	腹囲	cm		心電図 (安静時)		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	
血圧	1回目	mmHg	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	血清クレアチニン		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
	2回目	mmHg		(e-GFR)			
検尿	糖	- ± + ++	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	眼底検査	キースワグナー分類 0 I IIa IIb III IV シエイヌ分類 (H) 0 1 2 3 4 シエイヌ分類 (S) 0 1 2 3 4 SCOTT分類 I a 1b II IIIa IIIb IV Vq Vb		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
	蛋白	- ± + ++			ガン検診 (H30年1月1日以降の加入者はガン検診対象外となります)		
肝機能	GOT (AST)	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	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; transform: rotate(45deg);"></div>			
	GPT (ALT)	IU/l					
	γ-GTP (γ-GT)	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				
	HDL-C	mg/dl					
	LDL-C	mg/dl					
血糖	血糖 (空腹時・随時)	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				
	HbA1c	NGSP %					
診察	(所見)		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				
医師の診断 及び 総合判定							
詳細検査 実施理由							
医療機関様へお願い				健康診断を 実施した 医師の氏名 医療機関名			
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							
特定健診費用		円					
詳細項目費用		円					

# 👉 病院の結果票がない方へ（自己記入の方法）

- ◆補助金申請には、健診結果の提出が必要です。
- ◆医療機関所定の健診結果票がない場合又は医師による健診結果票作成に文書料が発生する場合、医師からお聞きになった結果をご自身で記入してください。

## 【記入箇所・方法】

①は必ず記入してください  
(氏名・身体計測・血圧)

②は尿・血液検査項目です  
※尿・血液検査結果票があれば貼付してください  
※尿・血液検査結果がなければわかる範囲で数値を記入してください

③は特定健診詳細項目です  
※基本は受診しません  
※医師が必要と判断したときのみ、医師の指示で追加検査します

④診察所見・既往歴はわかる範囲でご記入ください

配偶者健診 結果票				平成 年 月 日
<small>※補助金申請には健診結果票の提出が必要です。医療機関所定の健診結果票がない場合は医師による健診結果票作成に文書料が発生する場合があります。</small>				
対象 氏名	配偶者 氏名	記号	番号	健康 状態 日
性別	男・女	其他	期	平成 年 月 日 (歳)
基本健診項目		詳細な項目 (40歳以上の方)		
身体計測	身長 (cm) kg 体重 (kg) cm 血圧 (mmHg)	尿検査 尿糖 (G) % 尿潜血 (G) % 尿蛋白 (G) % 尿潜血 (G) % 尿蛋白 (G) %	心電図 心電図 (mmHg)	血糖値 (mg/dL) 空腹時 (FPG) G1 G2 G3a G3b G4 G5
血液検査	総コレステロール (mg/dL) HDL-C (mg/dL) LDL-C (mg/dL)	肝臓 (AST) (U/L) 肝臓 (ALT) (U/L) 肝臓 (γ-GT) (U/L) 肝臓 (TG) (mg/dL) 肝臓 (HDL-C) (mg/dL) 肝臓 (LDL-C) (mg/dL)	腎臓 (肌酐) (mg/dL) 腎臓 (HbA1c) (%) 腎臓 (HbA1c (所定)) (%)	がん検診 (40歳以上の方)
診察所見・既往歴	医師による診察所見・既往歴の記入欄です。特定健診と特定健診詳細項目の両方を記入します。			
特定健診費用	円	特定健診費用	円	
健康診断費用	円	健康診断費用	円	

※自己記入に際して不明な点がありましたら健保組合保健師までお問い合わせください。 TEL) 078-302-8185