

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又は健診結果票の発行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 ★印の項目は必ず記入してください
(氏名・身体計測・血圧)

② ◆印は尿・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 ■印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

診察所見・既往歴はわかる範囲で
ご記入ください

被扶養者健診 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」「被扶養者健診結果票」のいずれかを提出ください。	
対象	被扶養者	記号	欄号	健診 年月日	平成 年 月 日
氏名				性別	男・女
				生年 月日	年 月 日 (歳)
医療機関様へご用意の被扶養者健診結果票が記入して資料が発生する場合は、この用紙は発行済みの結果票を貼付してください。					
特定健診項目		健診判定 (○-1欄等記入ください)	詳細な項目 (※尿・血液検査結果票を貼付)		
身長	cm	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	R B C	万 μ l	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療
体重	kg	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	H b	g/dl	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療
B H I		A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	H t	%	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療
胸囲	cm	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
血圧	mmHg	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
1回目		A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
2回目		A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
検 査	主 十 十 十	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
尿 糖		A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
尿 白	主 十 十 十	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
GOT (AST)	IU/l	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
GPT (ALT)	IU/l	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
γ -GTP (γ -GTP)	IU/l	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
TG	mg/dl	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
HDL-C	mg/dl	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
LDL-C	mg/dl	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
血糖	mg/dl	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
HbA1c	%	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
診 察	(所見)	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
医師の診察 及び 総合判定		A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 留意検査 F 要治療	心電図 (安静時)		
			医療機関様にお届け		
			特定健診と必要時詳細項目の費用をご記入願います		
			特定健診費用 円		
			詳細項目費用 円		

※自己記入に際して不明な点がござい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

被扶養者健診 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」「被扶養者健診結果票」のいずれかを提出ください。

対象	被扶養者	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「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。

特定健診項目		領域判定 (コード番号を記入ください)		詳細な項目 (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/ μ 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
	体重	kg			Hb	g/dl	
	BMI				Ht	%	
	腹囲	cm			(安静時)		
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	心電図			
	2回目	mmHg		血清クレアチニン	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	
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	(e-GFR)	G1 G2 G3a G3b G4 G5		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	- ± + ++		眼底検査	◆キースワグナー分類 0 I IIa IIb III IV ◆シエイ分類(H) 0 1 2 3 4 ◆シエイ分類(S) 0 1 2 3 4 ◆SCOTT分類 Ia 1b II IIIa IIIb IV Vq Vb		
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	詳細検査 実施理由	健康診断を 実施した 医師の氏名 医療機関名		医療機関様へお願い
	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	特定健診と必要時詳細項目の費用をご記入願います		特定健診費用	円
	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	特定健診費用		円	
	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	詳細項目費用		円	
医師の診断 及び 総合判定							