

## 被扶養者健診 結果報告書

※医療機関からの健診（検診）結果がない場合、こちらの用紙に記入し提出してください。

保険証No.	記号	番号	健診年月日	西暦 202 年 月 日		
氏名		生年月日	西暦 年 月 日	年齢 2023年3月31日時点 歳		
医療機関様：この用紙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	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	
身体計測	身長	cm	貧血	RBC	万/ $\mu$ l	<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療
	体重	kg		Hb	g/dl	
	BMI			Ht	%	
	腹囲	cm		心電図 (安静時)		
血圧	1回目	mmHg	血清クレアチン		<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療	
	2回目	mmHg	(e-GFR)			
検尿	糖	- ± + ++	眼底検査		<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療	
	蛋白	- ± + ++				
肝機能	AST (GOT)	IU/l	がん検診		領域判定	
	ALT (GPT)	IU/l				
	$\gamma$ -GTP	IU/l				
脂質	TG	mg/dl	胃がん *40歳以上	(直・間・カメラ)	<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療	
	HDL-C	mg/dl				
	LDL-C	mg/dl				
血糖	血糖 (空腹時・随時)	mg/dl	大腸がん *40歳以上	(便潜血)	<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療	
	HbA1c	NGSP				
診察	(所見)	<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療	乳がん *40歳以上 偶数歳	(視触診・マンモグラフィ・エコー)	<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療	
医師の診断 及び 総合判定			子宮がん *20歳以上 偶数歳	(細胞診) class: I II III IV V (ベセスダ診) NILM・LSIL・HSIL・SCC ASC-US・ASC-H・ AGC・AIS Adenocarcinoma (内診)	<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療	
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療機関名/医師の氏名			
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				