

## 任意継続者健診 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 2025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」をお渡してください。

| 基本健診項目   |       | 領域判定           |  | 詳細な項目（40歳以上のみ）<br>（医師が必要と認めた場合） |           | 領域判定  |  |
|----------|-------|----------------|--|---------------------------------|-----------|---|--|
| 身体計測     | 身長    | cm             | <input type="checkbox"/> A 正常範囲<br><input type="checkbox"/> B 軽度異常<br><input type="checkbox"/> C 経過観察<br><input type="checkbox"/> D 要再検査<br><input type="checkbox"/> E 要精密検査<br><input type="checkbox"/> F 要医療 | 貧血                              | RBC       | 万/ $\mu$ l  | <input type="checkbox"/> A 正常範囲<br><input type="checkbox"/> B 軽度異常<br><input type="checkbox"/> C 経過観察<br><input type="checkbox"/> D 要再検査<br><input type="checkbox"/> E 要精密検査<br><input type="checkbox"/> F 要医療 |
|          | 体重    | kg             | Hb   |                                 | g/dl      |   |  |
|          | BMI   |                | Ht   |                                 | %         |   |  |
|          | 腹囲    | cm             |  |                                 | 心電図       | (安静時)   | <input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常<br><input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査<br><input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療          |
| 血圧       | 1回目   | mmHg           | <input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常<br><input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査<br><input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療          | 血清クレアチン                         |           | mg/dl   | <input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常<br><input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査<br><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     | - ± + ++       | <input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常<br><input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査<br><input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療          | 眼底検査                            |           | キースワグナー分類<br>0 I IIa IIb III IV<br>シェイエ分類 (H)<br>0 1 2 3 4<br>シェイエ分類 (S)<br>0 1 2 3 4<br>SCOTT分類<br>I a I b II IIIa IIIb IV V q V b   | <input type="checkbox"/> A 正常範囲<br><input type="checkbox"/> B 軽度異常<br><input type="checkbox"/> C 経過観察<br><input type="checkbox"/> D 要再検査<br><input type="checkbox"/> E 要精密検査<br><input type="checkbox"/> F 要医療 |
|          | 蛋白    | - ± + ++       |  | がん検診                            |           |   | 領域判定   |
| 脂質       | TG    | (空腹時・随時) mg/dl | <input type="checkbox"/> A 正常範囲<br><input type="checkbox"/> B 軽度異常<br><input type="checkbox"/> C 経過観察<br><input type="checkbox"/> D 要再検査<br><input type="checkbox"/> E 要精密検査<br><input type="checkbox"/> F 要医療 | 胃がん                             | (直・間・カメラ) | <input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常<br><input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査<br><input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療 |  |
|          | HDL-C | mg/dl          |  | 大腸がん                            |           | (便潜血)   | <input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常<br><input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査<br><input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療          |
|          | LDL-C | mg/dl          |  | 肺がん                             |           | (胸X線)   | <input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常<br><input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査<br><input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療          |
| 血糖       | 血糖    | (空腹時・随時) mg/dl | <input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常<br><input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査<br><input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療          | 乳がん                             |           | (マンモグラフィー・エコー)  | <input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常<br><input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査<br><input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療          |
| HbA1c    | NGSP  |                |  | 子宮がん                            |           | (細胞診)<br>class: I II III IV V<br>(ベセスダ診)<br>NILM・LSIL・HSIL・SCC<br>ASC-US・ASC-H<br>AGC・AIS<br>Adenocarcinoma<br>(内診)   | <input type="checkbox"/> A 正常範囲<br><input type="checkbox"/> B 軽度異常<br><input type="checkbox"/> C 経過観察<br><input type="checkbox"/> D 要再検査<br><input type="checkbox"/> E 要精密検査<br><input type="checkbox"/> F 要医療 |
| 診察       | (所見)  |                | <input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常<br><input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査<br><input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療          | 医師の診断                           |           | *40歳以上<br>偶数歳   |  |
| 詳細検査実施理由 |       |                |  | 総合判定                            |           | <input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常<br><input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査<br><input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療 |  |

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