

## 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 2024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） (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)		<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	
血圧	1回目	mmHg	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 <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)			<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	
検尿	糖	- ± + ++	眼底検査		キースワグナー分類 0 I IIa IIb III IV シェイス分類 (H) 0 1 2 3 4 シェイス分類 (S) 0 1 2 3 4 SCOTT分類	<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	- ± + ++	がん検診		領域判定		
肝機能	AST (GOT)	IU/l	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	
	ALT (GPT)	IU/l		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
	$\gamma$ -GTP	IU/l			(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
TG	mg/dl	乳がん *40歳以上 偶数歳	子宮がん *20歳以上 偶数歳		(細胞診)		<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
HDL-C	mg/dl			(ベセスダ診)		<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	
LDL-C	mg/dl			NILM・LSIL・HSIL・SCC ASC-US・ASC-H・ AGC・AIS Adenocarcinoma (内診)			
血糖	血糖 (空腹時・随時)	mg/dl	医師の診断 及び 総合判定				
	HbA1c NGSP		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