事業者健診結果提供用様式

氏名		生年月日	
記号番号		電話番号	
記入日			

項目		記入欄	
身体測定	身長（cm）		
	体重（kg）		
	腹囲（cm）		
	ＢＭＩ		
血圧	収縮期血圧（mmHg）		
	拡張期血圧（mmHg）		
血中脂質検査 ※１　空腹時中性脂肪または随時中性脂肪のいずれかを記入してください。 ※２　ＬＤＬコレステロールまたはＮＯＮ－ＨＤＬコレステロールのいずれかを記入してください	空腹時中性脂肪（mg/dl）		※1
	随時中性脂肪（mg/dl）		
	ＨＤＬコレステロール（mg/dl）		
	ＬＤＬコレステロール（mg/dl）		※2
	ＮＯＮ－ＨＤＬコレステロール（mg/dl）		
肝機能検査	ＡＳＴ（ＧＯＴ）（U/l）		
	ＡＬＴ（ＧＰＴ）（U/l）		
	γ－ＧＴ（γ－ＧＴＰ）（U/l）		
血糖検査 ※３　いずれかの項目のみの実施でも可	空腹時血糖（mg/dl）		※3
	HbA1C（NGSP値）（%）		
	随時血糖（mg/dl）		
	随時血糖（食直後）（mg/dl）		
尿検査	糖		
	蛋白		

☆☆☆裏面にも記入事項がございます☆☆☆

提供いただいた情報は、特定保健指導や受診勧奨等に活用する場合がございます。予めご了承ください。
また、特定保健指導を希望されない場合は、提出時にお申し出ください。

項目	記入欄
既往歴	
服薬歴	
喫煙歴	
自覚症状	
他覚症状	
総合判定	
メタボリックシンドローム判定	
保健指導レベル	
医療機関名	
担当医師名	

・別紙質問票にも記入していただき、本様式と併せてご提出ください。

・健診結果の写しを添付してください（本紙に記入いただいた検査値が全て確認できるもの。確認ができない場合は受付できません。）。

・記入の際はもれのないようお願いいたします。（未記入の欄がある場合、受付できないことがあります。）

※メタボリックシンドローム判定と保健指導レベルのみ、健診機関より返却された結果に記載がなければ省略していただけます。