

特 定 健 康 診 査 受 診 結 果

TEL

カナ氏名		生年月日		健診年月日	
		性別/年齢		特定健康診査 受診券番号	

既往歴					
服薬歴		喫煙歴		飲酒	
自覚症状					
他覚症状					

項目			基準値	今回受診	前回受診	前々回受診
身体計測	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	中性脂肪	(mg/dl)				
	HDLーコレステロール	(mg/dl)				
	LDLーコレステロール	(mg/dl)				
肝機能検査	GOT	(U/l)				
	GPT	(U/l)				
	γーGTP	(U/l)				
血糖検査	空腹時血糖 (*は食後10時間未満)	(mg/dl)				
	ヘモグロビンA1c	(%)				
尿検査	糖					
	蛋白					
貧血検査	赤血球	(万/mm3)				
	血色素量	(g/dl)				
	ヘマトクリット値	(%)				