

特 定 健 康 診 査 受 診 結 果

TEL

| 項目 | | 今回受診 | 前回受診 | 前々回受診 |
|--------------------|----|------|------|-------|
| 心電図検査 | 所見 | | | |
| 眼底検査 | 所見 | | | |
| メタボリック シンドローム判定 | | | | |

メタボリックシンドローム判定による基準該当と予備群該当

基 準 該 当

予 備 群 該 当

↓

↓

腹 囲 男性 ≥ 85cm 女性 ≥ 90cm

+

以下のうち2項目以上に該当

+

以下のうち1項目が該当

脂肪 中性脂肪≥150mg/dl かつ／または HDLコレステロール<40mg/dl かつ／または 服薬中の方

血 圧 収縮期血圧≥130mmHg かつ／または 拡張期血圧≥85mmHg かつ／または 服薬中の方

糖代謝 空腹時血糖≥110mg/dl (ヘモグロビンA1cの場合≥5.5%) かつ／または 服薬中の方

| | |
|-----------|--|
| 検査分野別判定 | |
| 医師の判断 | |
| 判断した医師の氏名 | |
| | |