

(令和 年度)

事業者健診 結果報告書

受診者氏名		生年月日	
		性別	

受診年月日	令和 年 月 日
-------	----------

医療機関名		担当医師名	
(所在地)		(TEL)	

医師の判断 (判定)	
---------------	--

項目		測定値 (単位)	基準値
身体計測	身長	cm	
	体重	kg	
	BMI	kg/m ²	18.5 ~ 24.9kg/m ²
	腹囲	cm	男性：85cm未満、女性：90cm未満
血圧	収縮期血圧	mmHg	130mmHg未満
	拡張期血圧	mmHg	85mmHg未満
血中脂質検査※	中性脂肪	mg/dl	150mg/dl未満
	HDL-C	mg/dl	40mg/dl以上
	LDL-C	mg/dl	120mg/dl未満
	non-HDL-C	mg/dl	150mg/dl未満
肝機能検査	GOT(AST)	IU/l	31IU/l以下
	GPT(ALT)	IU/l	31IU/l以下
	r-GTP(r-GT)	IU/l	51IU/l以下
血糖検査※	空腹時血糖	mg/dl	100mg/dl未満
	HbA1c(NGSP)	%	5.6%未満
	随時血糖	mg/dl	100mg/dl未満
尿検査	尿糖	(-・±・+・++・+++)	陰性(-)
	尿蛋白	(-・±・+・++・+++)	陰性(-)

※ 血中脂質検査は、LDL-Cとnon-HDL-Cはどちらか一方、血糖検査は、いずれか一つの検査のみでも可。

※ 尿検査(尿糖、尿蛋白)の項目は、いずれかの値を○で記入して下さい。

提出書類のチェック欄

- 事業者健診 結果報告書 (すべてに記入)
- 特定健康診査 受診券 (紛失の場合は謝礼の対象外となります)
- 特定健康診査 質問票 (すべてに回答)

注意事項	<ul style="list-style-type: none">・ 「事業者健診 結果報告書」(すべてに記入)に「特定健康診査 受診券」(紛失不可)と「特定健康診査 質問票」(すべてに回答)を添えて、本部に提出して下さい。 (提出書類に不備がある場合や被保険者資格喪失後の提出は謝礼の対象外です)・ すでに特定健康診査を受診された方や人間ドックの補助を受けた方は謝礼の対象外です。・ 提出いただいた内容は、特定健康診査・特定保健指導以外の目的には使用しません。
------	--

組合記載欄	
現保険者等の記号・番号	岡303 - -