

特定健診内容表(令和6年度以降版)

↓受診者が「家族」の場合は、家族欄にチェック☑を入れてください

保険証記号・番号	受診者氏名	家族	性別	生年月日	実施年月日
—	フリガナ		男・女	昭和 年 月 日	令和 年 月 日

検査項目	条件	健診結果						
1 身長	○	cm						
2 体重	○	kg						
3 BMI	○	kg/m <sup>2</sup>						
4 腹囲	○	cm						
5 既往歴	○	1. 特記事項あり	2. 特記事項なし					
具体的な既往歴								
6 自覚症状	○	1. 特記事項あり	2. 特記事項なし					
自覚症状所見								
7 他覚症状	○	1. 特記事項あり	2. 特記事項なし					
他覚症状所見								
8 収縮期	○	mmHg						
9 拡張期	○	mmHg						
9 採血時間(食後)	○	2. 食後10時間以上 3. 食後3.5時間以上10時間未満 4. 食後3.5時間未満						
10 空腹時中性脂肪(食後10時間以上)	●	mg/dl						
随時中性脂肪(食後10時間未満)	●	mg/dl						
11 HDLコレステロール	○	mg/dl						
12 LDLコレステロール	●	mg/dl						
Non-HDLコレステロール	●	mg/dl						
13 GOT(AST)	○	U/l						
14 GPT(ALT)	○	U/l						
15 γ-GTP(γ-GT)	○	U/l						
16 空腹時血糖(食後10時間以上)	●	mg/dl						
HbA1c(NGSP値)	●	%						
随時血糖(食後3.5時間以上10時間未満)	●	mg/dl						
17 尿糖	○	M	F	1.-	2.±	3.+	4.++	5.+++
18 尿蛋白	○	M	F	1.-	2.±	3.+	4.++	5.+++
19 検査未実施(M)測定不可能(F)の理由		1. 生理中 2. 腎疾患等による排尿障害のため 3. その他						

検査項目	条件	健診結果	
20 貧血検査	ヘマトクリット値	□	%
	血色素量(ヘモグロビン値)	□	g/dl
	赤血球数	□	万/mm <sup>3</sup>
	貧血検査実施理由	□	
21 心電図(安静時)	□	1. 所見あり	2. 所見なし
心電図所見	□		
心電図実施理由	□		
22 眼底検査(両目)	□		
眼底検査(両目)実施理由	□		
23 血清クレアチニン値	□	mg/dl	
eGFR	□	ml/min/1.73m <sup>2</sup>	
24 医師の総合判定	○		
25 診断を実施した医師の氏名	○		

質問項目	条件	回答	
a. 血圧を下げる薬を使用していますか	○	1. はい	2. いいえ
b. インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか	○	1. はい	2. いいえ
c. コレステロールを下げる薬を使用していますか	○	1. はい	2. いいえ
現在たばこを習慣的に吸っていますか	○	1. はい	2. 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない
		3. いいえ	

記入上の注意等

- 各健診結果欄には、検査数値を記載し、回答箇所には○を付してください
- 条件欄の○は必須項目、●はいずれかの項目の実施で可  
検査項目16: 優先順位①空腹時血糖(食後10時間以上)→②HbA1c→③随時血糖(食後3.5時間以上10時間未満)
- 条件欄の□は医師の判断に基づき選択的に実施する項目  
「貧血検査」・「心電図」・「眼底検査(両目)」の検査を実施した場合は、健保組合に対して理由が必要です
- 検査項目17:尿糖、18:尿蛋白については、必須項目となりますが、以下のケースに該当する場合は、【M】または【F】を選択し、その理由をご回答ください  
【M:未実施】検体を採取できない場合や受診者の事情により検査を行う事が適切ではないと考えられた場合  
【F:測定不可能】検体採取後何らかの理由により(凝固、量が不足など)検査ができなかった場合

受付日付印