

特定健診内容表(被扶養者⇒健保組合) 【令和2年度 以降版】

条件の欄

○は必須項目

●はいずれかの項目の実施で可

検査15: 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)

□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、医療保険者に対して理由が必要です

↓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 ²	
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 血圧	○	mmHg	
拡張期 血圧	○	mmHg	
9 中性脂肪	○	mg/dl	
10 HDLコレステロール	○	mg/dl	
11 LDLコレステロール	●	mg/dl	
Non-HDLコレステロール	●	mg/dl	
12 GOT(AST)	○	U/l	
13 GPT(ALT)	○	U/l	
14 γ-GTP(γ-GT)	○	U/l	
空腹時血糖(10時間以上)	●	mg/dl	
15 HbA1c(NGSP値)	●	%	
随時血糖(3.5時間以上10時間未満)	●	mg/dl	
16 尿糖	○	M F	1.- 2.± 3.+ 4.++ 5.+++
17 尿蛋白	○	M F	1.- 2.± 3.+ 4.++ 5.+++
18 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 ³
	貧血検査実施理由	□	
19 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	□		
20 眼底検査(両目)	□		
	眼底検査(両目)実施理由	□	

検査項目	条件	健診結果
21 血清クレアチニン値	□	mg/dl
eGFR	□	ml / min / 1.73m ²
22 医師の総合判定	○	
23 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 いいえ

※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者

◎ 11:LDLコレステロール については、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定に代えられます

◎ 16:尿糖、17:尿蛋白 は必須項目です。必ず実施してください。ただし、次のケースは【M】または【F】を選択してください。
【M:未実施】=検査予定であったが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

◎ メタボリックシンドローム判定・保健指導レベル判定は、組合で行います