

被扶養者健診 結果報告書

※医療機関からの健診（検診）結果がない場合、こちらの用紙に記入し提出してください。

保険証No.	記号	番号	健診年月日	西暦 202 年 月 日
氏名			生年月日	西暦 年 月 日 年齢 2025年3月31日時点 歳

医療機関様：この用紙の記入に文書料が発生する場合は、この用紙は使わず「病院の結果票」をお渡しく下さい。

基本健診項目		領域判定		詳細な項目（40歳以上のみ） （医師が必要と認めた場合）		領域判定	
身体計測	身長	cm	<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療	貧血	RBC	万/ μ l	<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療
	体重	kg	Hb		g/dl		
	BMI		Ht		%		
	腹囲	cm		心電図	(安静時)	<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療	
血圧	1回目	mmHg	<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療	血清クレアチン	mg/dl		<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療
	2回目	mmHg			(e-GFR)		
検尿	糖	- ± + ++	<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療	眼底検査	キースワグナー分類 0 I IIa IIb III IV シェイエ分類 (H) 0 1 2 3 4 シェイエ分類 (S) 0 1 2 3 4 SCOTT分類 I a I b II IIIa IIIb IV V q V b		<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療
	蛋白	- ± + ++					
肝機能	AST (GOT)	IU/l	<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療	がん検診		領域判定	
	ALT (GPT)	IU/l		胃がん *40歳以上	(直・間・カメラ)		<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療
	γ -GTP	IU/l					
脂質	TG (空腹時・随時)	mg/dl	<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療	大腸がん *40歳以上	(便潜血)		<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療
	HDL-C	mg/dl					
	LDL-C	mg/dl					
血糖	血糖 (空腹時・随時)	mg/dl	<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療	肺がん *40歳以上	(胸X線)		<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療
	HbA1c NGSP						
診察	(所見)		<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療	乳がん *40歳以上 偶数歳	(マンモグラフィ・エコー)		<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療
医師の診断				子宮がん *20歳以上 偶数歳	(細胞診) class: I II III IV V (ベセスダ診) NILM・LSIL・HSIL・SCC ASC-US・ASC-H AGC・AIS Adenocarcinoma (内診)		<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療
詳細検査実施理由							
総合判定			<input type="checkbox"/> A 正常範囲 <input type="checkbox"/> B 軽度異常 <input type="checkbox"/> C 経過観察 <input type="checkbox"/> D 要再検査 <input type="checkbox"/> E 要精密検査 <input type="checkbox"/> F 要医療				

医療機関様へお願い	健康診断を実施した医療機関名/医師の氏名
40歳以上の場合、検査費用のうち、特定健診と特定健診詳細項目の金額をご記入願います	
特定健診費用	円
詳細項目費用	円