

任意継続者健診 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 2026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」をお渡しください。

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 Hb Ht	万/μl	<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			g/dl	
	BMI			%		
	腹囲	cm		(安静時)		
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	心電図	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				
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	(e-GFR)	キースワーグナー分類 0 I IIa IIb III IV シェイエ分類 (H) 0 1 2 3 4	<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	眼底検査	シェイエ分類 (S) 0 1 2 3 4 SCOTT分類 I a I b II IIIa IIIb IV Vq 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
	ALT (GPT)	IU/l				
	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	がん検診		領域判定
	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	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
	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	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
医師の診断				乳がん *40歳以上 偶数歳	(マンモグ・ラフィー・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
詳細検査実施理由				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・ASC-US・ASC-H HSIL・SCC 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
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					
医療機関様にお願い				健康診断を実施した医療機関名/医師の氏名		
40歳以上の場合は、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				