

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	万/ $\mu$ 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	－ ± + ++				がん検診		領域判定			
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		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		
	ALT (GPT)	IU/l					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
	$\gamma$ -GTP	IU/l					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
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		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		
	HDL-C	mg/dl					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
	LDL-C	mg/dl					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
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		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	
	HbA1c NGSP					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					
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		特定健診費用 円						
					詳細項目費用 円						