

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	2024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/ 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 シェイス分類 (H) 0 1 2 3 4 シェイス分類 (S) 0 1 2 3 4 SCOTT分類		<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 *バリウム 40歳以上 *カメラ35歳, 40歳以上偶数	(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			大腸がん *40歳以上		
脂質	TG	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	(視触診・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
	HDL-C	mg/dl			子宮がん *20歳以上 偶数歳		
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	医師の診断 及び 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	
	HbA1c NGSP			詳細検査 実施理由			
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			