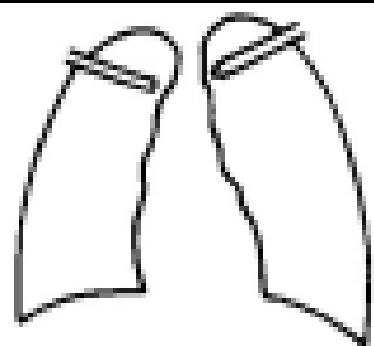


※ 医療機関へ記入を依頼してください。

本人 記入 欄	フリガナ		性別	生 年 月 日		健康保険 記号 - 番号 (問診票注1)					
	氏 名		男・女	昭 和・平成 年 月 日		-					
検 査 結 果				健 診 日	令 和 年 月 日						
検 査 項 目		結 果	所 見	40歳以上の方に追加							
身体計測	身長			心電図							
	体重										
	BMI										
	腹囲										
視力	右(矯正)	. (.)		診 察 所 見	・所見なし ・所見あり						
	左(矯正)	. (.)									
血圧	最大										
	最小										
尿検査	糖										
	蛋白										
	潜血										
貧血	白血球							総 合 判 定	・異常なし ・コメントあり		
	赤血球										
	ヘモグロビン										
	ヘマトクリット										
脂質	総コレステロール										
	中性脂肪 (空腹時・随時)										
	HDL-コレステロール										
	LDL-コレステロール										
肝機能	総蛋白										
	GOT										
	GPT										
	γ-GTP										
糖尿	空腹時血糖										
	ヘモグロビンA1c										
腎機能	尿酸			作 成 日	令 和 年 月 日 記入						
	尿酸窒素			医療機関名							
	クレアチニン										
胸部レントゲン	撮影区分	間 接 ・ 直 接		医 師	Ⓜ						
											

(注意)

上記検査項目については保険証を使用しないで下さい。
 精密検査や治療を要する場合は本人と相談の上、保険診療にてお願いいたします。
 中性脂肪は、空腹時か随時、どちらかに○をお付けください。