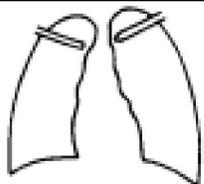


※ 医療機関へ記入を依頼してください。

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。