

特定健康診査 検査結果表(兼請求内訳書)

フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日	受診日	平成 年 月 日
氏名		性別・年齢	男・女 歳		

現病・既往歴	あり・なし	ありの場合、具体的な病名	
自覚症状	あり・なし	ありの場合、具体的な症状	
喫煙歴	あり・なし	ありの場合、本数・年数	1日約 本、約 年間

	項 目	検査結果	請求金額	
基本 項目	身体計測	身長	cm	円 (助成限度額13,000円)
		体重	kg	
		BMI	kg/m2	
		腹囲	cm	
	血圧	収縮期血圧	mmHg	
		拡張期血圧	mmHg	
	血中脂質検査	中性脂肪	mg/dl	
		HDLコレステロール	mg/dl	
		LDLコレステロール	mg/dl	
	肝機能検査	GOT	U/l	
		GPT	U/l	
		γ-GTP	U/l	
	血糖検査 (いずれかの項目の実施で可)	空腹時血糖	mg/dl	
		HbA1c	%	
尿検査	糖	－/±/+/++/+++		
	蛋白	－/±/+/++/+++		

…………… 以下は前年度の検査結果及び医師の判断により選択的に実施する項目 ……………

詳 細 項 目	貧血検査	ヘマトクリット値	%	円 (助成限度額 1,500円)
		血色素量	g/dl	
		赤血球数	万/mm3	
		実施理由		
	心電図検査	所見		円 (助成限度額 4,000円)
		実施理由		
	眼底検査	所見		円 (助成限度額 1,500円)
		実施理由		
血清クレアチニン(eGFR)	eGFR値	(ml/min/1.73m ²)	円 (助成限度額 1,500円)	
	実施理由			
請 求 金 額 合 計			円	

メタボリックシンドローム判定	1:基準該当 2:予備群該当 3:非該当 4:判定不能
医師の判断	
判断した医師の氏名	