

【仮報告書】

医師の総合判定をご記入後
速やかに返却してください。

健診種別:

氏 名		性別・年齢		健 診 日	年 月 日
カルテ番号		受診券番号		被保険者番号	

既往歴

服薬歴

喫煙歴

飲酒

自覚症状

項 目	単位	センター基準値	保健指導 判定値	今 回	前 回
身 長	cm				
体 重	kg				
腹 囲	cm		M85以上 F90以上		
B M I			25.0以上		
収縮期血圧	mmHg		130~139		
拡張期血圧	mmHg		85~89		
TG(空腹時) 食後10時間以上	mg/dL	M40~149 F30~149	150~299		
TG(随時) (※食後3.5時間以上10時間未満) *食後3.5時間未満	mg/dL		175~299		
HDL-C	mg/dL	M40~90 F40~103	39以下		
LDL-C	mg/dL	65~139	120~139		
A S T	U/L	13~30	31~50		
A L T	U/L	M10~30 F7~30	31~50		
γ - G T	U/L	M13~64 F9~32	51~100		
クレアチニン	mg/dL	M0.65~1.07 F0.46~0.79			

項 目	単位	センター基準値	保健指導 判定値	今 回	前 回
e G F R		(~39才) 60~ (40~69才) 50~ (70才~) 40~ ※	45~60未満		
血 糖	mg/dL	73~109 (※食後3.5時間以上10時間未満) *食後3.5時間未満	100~125		
HbA1c	%	4.9~6.0	5.6~6.4		
尿 糖		(-)			
尿 蛋 白		(-)			
尿 潜 血		(-)			
白血球数	/μL	3300~8600			
赤血球数	×10 ⁴ /μL	M435~555 F386~492			
血 色 素	g/dL	M13.7~16.8 F11.6~14.8	M12.1~13.0 F11.1~12.0		
ヘマトクリット	%	M40.7~50.1 F35.1~44.4			
血 小 板	×10 ⁴ /μL	15.8~34.8			
アルブミン	g/dL	4.1~5.1			
尿 酸	mg/dL	M3.7~7.0 F2.6~7.0			

項 目	今 回	前 回
心電図所見		
眼底検査		
メタボ 判定/保健指導 判定	/	/

医師の総合判定記入欄 必ず1~5のいずれかに☑してください。

必須➡ ☐ 1.異常を認めず ☐ 2.要観察 ☐ 3.要指導 ☐ 4.治療中 ☐ 5.要医療

コメント欄 (必要に応じて☑してください。あるいはフリー記入欄にご記入してください)

血圧 ☐ やや高めですので経過観察を。

☐ 高いので医療機関に受診を。

糖尿病 ☐ 軽度の異常があるので生活習慣の見直しを。

☐ 疑いがあるので糖負荷試験などの精密検査を。

参考) HbA1c 6.0%以上は糖負荷試験が推奨されます
(岐阜県糖尿病対策推進協議会)

☐ 糖尿病ですので医療機関に受診を。

脂質 ☐ 軽度の異常があるので生活習慣の見直しを。

☐ 脂質異常があるので医療機関に受診を。

軽度の異常があるので経過観察を。

☐ 肝機能 ☐ 腎機能 ☐ 尿検査

☐ 血液一般 ☐ 尿酸 ☐ 脂質

☐ アルブミン

異常があるので医療機関に受診を。

☐ 肝機能 ☐ 腎機能 ☐ 尿検査

☐ 血液一般 ☐ 尿酸

☐ アルブミン

フリー記入欄
(40文字程度)

判定医師名:

(右記に変更があった場合にのみご記入ください)

登録医師名:

特定健診対象者は保健指導判定値を用い、
他の健診対象者はセンター基準値及び岐阜市指標を用いて判定しています。