

【令和 年度】 厚木市特定健康診査情報提供票

【本人同意欄】 自筆 ※本年度内に特定健診を受診する方または人間ドックの助成を申請する方は対象外です。

※この提供票及び質問票を厚木市へ提供することに同意します。		記入日	年 月 日
氏 名		性別	男 女 答えたくない
住 所	厚木市	生年月日	年 月 日
		電話番号	- -

【本人記入欄】

治療中の疾患の名称（主病を明記してください。）		主病名：						
項 目		結 果			注意事項			
必 須 項 目	身体計測	身長	cm			小数点以下1桁		
		体重	kg			小数点以下1桁		
		腹囲	cm			小数点以下1桁		
		BMI	kg/m ²			小数点以下1桁		
	血 圧	収縮期血圧	mmHg					
		拡張期血圧	mmHg					
	血中脂質検査	中性脂肪（TG）	mg/dl					
		HDL-コレステロール	mg/dl					
		LDL-コレステロール	mg/dl			いずれかで可		
		non-HDLコレステロール	mg/dl					
	肝機能検査	GOT（AST）	U/l					
		GPT（ALT）	U/l					
γ-GT（γ-GTP）		U/l						
血糖検査	空腹時血糖（FBS）	mg/dl			いずれかで可 (HbA1cは小数点 以下1桁)			
	随時血糖	mg/dl						
	HbA1c（NGSP値）	%						
追 加 項 目	尿検査	尿糖	-	±	+	2+	3+	
		尿蛋白	-	±	+	2+	3+	
		尿潜血	-	±	+	2+	3+	
	腎臓検査	尿酸（UA）	mg/dl			小数点以下1桁		
		クレアチニン（CRE）	mg/dl			小数点以下2桁		
※質問票確認（記入漏れがないか）		<input type="checkbox"/>						

【医師記入欄】

※「医師の意見」

1 異常認めず

2 要指導・観察

3 要医療

※「医師の意見」記入年月日： 年 月 日

医療機関名 _____ 医師名 _____
※スタンプの押印可

御記入をいただき、誠にありがとうございました。