

特定健診の記録

受診年月日		年 月 日	年 月 日
身長 (cm)			
体重 (kg)			
腹囲 (cm)			
BMI			
血圧(収縮期～拡張期) (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	AST(GOT) (U/l)		
	ALT(GPT) (U/l)		
	γ-GT(γ-GTP) (U/l)		
血糖検査	空腹時血糖 (mg/dl)		
	ヘモグロビンA1c (%)		
貧血検査	赤血球数 (万/mm ³)		
	血色素 (g/dl)		
	ヘマトクリット値 (%)		

受診年月日		年 月 日	年 月 日
尿検査	糖		
	蛋白		
心電図		異常認めず	異常認めず
		異常あり(疑)	異常あり(疑)
眼底		異常認めず	異常認めず
		異常あり(疑)	異常あり(疑)
追加項目	アルブミン (g/dl)		
	血清クレアチニン (mg/dl)		
	eGFR (ml/分/1.73m ²)		
	尿酸 (mg/dl)		
その他	既往歴		
	服薬歴		
	喫煙歴		
	自覚症状		
	他覚症状		
メタリックシンドローム判定 (該当区分に○)		基準該当 予備軍該当 非該当	基準該当 予備軍該当 非該当
医師の判断/ 判断した医師			
実施医療機関			

