

# 検査項目チェックシート

◎当組合へ定期健診の結果を提出される場合は、以下の必須項目を満たしているか、提出前にご確認くださいようお願い申し上げます。

★必須検査項目★	
<p><b>【身体測定など】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 身長</p> <p><input type="checkbox"/> 体重</p> <p><input type="checkbox"/> 腹囲</p> <p><input type="checkbox"/> BMI</p> <p><b>【血圧】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 収縮期血圧</p> <p><input type="checkbox"/> 拡張期血圧</p> <p><b>【脂質】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 空腹時中性脂肪(※1)</p> <p><input type="checkbox"/> HDLコレステロール</p> <p><input type="checkbox"/> LDLコレステロール(※2)</p> <p><b>【肝機能検査】</b></p> <p><input type="checkbox"/> GOT(AST)</p> <p><input type="checkbox"/> GPT(ALT)</p> <p><input type="checkbox"/> <math>\gamma</math>-GTP</p> <p><b>【血糖】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 空腹時血糖(※3)またはHbA1c</p>	<p><b>【尿検査】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 尿糖</p> <p><input type="checkbox"/> 尿蛋白</p> <p><b>【問診】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 既往歴</p> <p><input type="checkbox"/> 自覚症状</p> <p><input type="checkbox"/> 他覚症状</p> <p><input type="checkbox"/> 服薬歴(血圧)</p> <p><input type="checkbox"/> 服薬歴(血糖)</p> <p><input type="checkbox"/> 服薬歴(脂質)</p> <p><input type="checkbox"/> 喫煙歴</p> <p><b>【その他】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 受診者氏名</p> <p><input type="checkbox"/> 受診者生年月日</p> <p><input type="checkbox"/> 受診者性別</p> <p><input type="checkbox"/> 健診機関名</p> <p><input type="checkbox"/> 健診受診日</p> <p><input type="checkbox"/> 健診を実施した医師の氏名</p> <p><input type="checkbox"/> 医師の診断内容</p>

服薬歴・喫煙歴  
は特に記載漏れ  
が多いです！

(※1) やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、随時中性脂肪の測定に代えられます。

(※2) LDLコレステロールについては空腹時(随時)中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定に代えられます。

(※3) やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合で、HbA1cを測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖の測定に代えられます。

◎上記【問診】の内容を満たせない場合は、別紙質問票へ回答のご協力をいただき、または結果表の余白などに手書きで加筆対応をいただきますようお願いいたします。