

人間ドック検診結果内容（転記）

氏名			
住所	みなかみ町	番地	
生年月日	昭和	年	月 日 (満 歳)
検診機関			
担当医			
検診日	令和	年	月 日
ア 基本項目			
(ア)既往歴の調査			
服薬歴	別紙「質問票」に記入してください。		
喫煙歴			
(イ)自覚症状、他覚症状の有無の検査（あれば記入してください）			
理学的検査（身体診察）			
(ウ)身体測定			
身長	Cm		
体重	Kg		
BMI	(体重÷身長 ² の乗)		
腹囲	Cm		
(エ)血圧測定	最高	/	最低 (mm Hg)
(オ)肝機能検査			
GOT	IU/l		
GPT	IU/l		
γ-GTP	IU/l		
(カ)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		
(キ)血糖検査			
空腹時血糖	mg/dl		
ヘモグロビン A1c	%		
(ク)尿検査			
尿糖	○で囲む (－) (±) (+) (++) (+++)		
尿蛋白	○で囲む (－) (±) (+) (++) (+++)		
メタボリックシンドローム判定	<input type="checkbox"/> 基準該当	<input type="checkbox"/> 予備群該当	<input type="checkbox"/> 非該当
	<input type="checkbox"/> 判定不能		