※別紙の説明文の内容を理解し、下記情報を坂城町に提供すること、

職 場 健 診 結 果 提 供 書

特定健診の結果として取り扱うことに**同意していただき、ご記入下さい。**

**＜　基　本　事　項　＞**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 　　　　　　　　　（男・女） | 住所 | 坂城町大字 |
| 生年月日 | 昭和　　　年　　　月　　　日 | 電話番号 |  |

**＜　問　診　＞**

|  |
| --- |
| **１．現在、治療中または定期検査中の病気がありますか？**　　いいえ　・　はい　⇒**下記の該当する病名に☑をし、服薬の有無に〇をしてください。**□ 高血圧症　・・・服薬　有 ・ 無□ 糖尿病　　・・・服薬　有 ・ 無□ 脂質異常症・・・服薬　有 ・ 無□ その他（病名：　　　　　　　　　　　　　　　）・・・服薬　有 ・ 無 |
| **２．現在、タバコを吸いますか？**　　　いいえ　　・　　はい　　 |
| **３．検査の際、食後１０時間以上あいていましたか？**　　いいえ　　・　　はい　　 |

**＜　検　査　結　果　＞　①～④の項目に記入してください。**

**記入日 ： 令和　　年　　月　　日**

**受診日：令和　　年　　月　　日　実施機関：　　　　　　　　　　　診察医師名**

**①　身　体　計　測**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身長 | .　　㎝ | 体重 | .　　㎏ | 腹囲 | .　　㎝ |

**②　血　圧　測　定　　　　　　　　　　　③　尿　検　査**（いずれかに○をつけてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 最高血圧 | mmHg |
| 最低血圧 | mmHg |

|  |  |
| --- | --- |
| 糖 | － 　 ± 　 ＋ 　 ＋＋ 　 ＋＋＋ |
| 蛋白 | － 　 ± 　 ＋ 　 ＋＋ 　 ＋＋＋ |
| 潜血 | － 　 ± 　 ＋ 　 ＋＋ 　 ＋＋＋ |

****

**裏面もご記入ください。⇒**

**④　血　液　検　査**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 脂質 | 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 |
| 糖 | 血糖値　(BS) | mg/dl |
| ＨｂＡ１ｃ | % |
| 肝臓 | ＧＯＴ（AST） | IU/l |
| ＧＰＴ（ALT） | IU/l |
| γ-GTP(γ-GT) | IU/l |
| 尿酸 (UA) | mg/d |
| 腎臓 | ｸﾚｱﾁﾆﾝ (Cre) | mg/d |

ご協力ありがとうございます。