

特定健診必須項目

必須項目	記入欄	必須項目	記入欄
実施年月日	年 月 日	記号—番号	—
		氏名	

実施項目			記入欄
所見	既往歴		
	自覚症状		
	他覚症状		
身体計測	身長	必須項目	
	体重	必須項目	
	腹囲	必須項目	
血圧検査	血圧(最高/最低)	必須項目	/
血中脂質検査	中性脂肪	必須項目	
	HDLコレステロール	必須項目	
	LDLコレステロール	必須項目	
肝機能検査	AST(GOT)	必須項目	
	ALT(GPT)	必須項目	
	γ-GT(γ-GTP)	必須項目	
尿検査	尿糖	必須項目	
	尿蛋白	必須項目	
血糖検査	血糖	血糖またはHbA1c 必須項目	
	HbA1c		

服薬有無(問診票)○か×か記入願います。		記入欄
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	必須項目
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	必須項目
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	必須項目
4	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	必須項目

	記入欄
医療機関名	
医師の診断	
医師名	