

健康診断個人票

氏名	(フリガナ)	健診年月日			
	(生年月日 年 月 日 歳)	令和	年	月	日

既往歴	
服薬歴	
自覚症状	
他覚症状	

項目	目	今回	前回			
			令和	年	月	日
身体計測	身長 (cm)					
	体重 (kg)					
	腹囲 (cm)					
	B M I					
血圧	収縮期血圧 (mmHg)					
	拡張期血圧 (mmHg)					
血中脂質検査	空腹時中性脂肪 (mg/dl)					
	または 随時時中性脂肪 (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	G O T (IU/l)					
	G P T (IU/l)					
	γ - G T P (IU/l)					
血糖検査 <small>(いずれかの項目の実施で可)</small>	空腹時血糖 (mg/dl)					
	ヘモグロビンA1c (%)					
	随時血糖 (mg/dl)					
尿検査	糖					
	蛋白質					
その他検査						

医師の判断	
判断した 医師氏名	