

# 人間ドック・健康診査費用助成 検査値記入票

受診日	令和 年 月 日
医療機関名	
総合判定	
診察	所見なし・所見あり( )
身長	
体重	
BMI	
腹囲	
血圧	/
尿蛋白	
尿糖	
心電図	所見なし・所見あり( )
赤血球(RBC)	
ヘマトクリット(Ht)	
ヘモグロビン(Hb、血色素量)	
AST(GOT)	
ALT(GPT)	
γ-GT(γ-GTP)	
LDL コレステロール	
HDL コレステロール	
中性脂肪(TG,トリグリセライド)	
尿酸(UA)	
血清クレアチニン(Cr)	
血糖	
HbA1c	
◆下記いずれかひとつ以上	
肺がん検診(胸部X線またはCT)	あり・なし
胃がん検診(バリウムまたは内視鏡)	あり・なし
大腸がん検診(便潜血または内視鏡)	あり・なし

問診は別途指定の問診票に記入

記入者 \_\_\_\_\_