

2 結果の写しを添付、または検査結果を記入してください

(1) 基本的な検査項目: 必ずご記入ください

項目(必須)		検査結果			単位
① 身体計測	身長				cm
	体重				kg
	BMI (体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))				
	腹囲				cm
④ 血圧	収縮期血圧				mmHg
	拡張期血圧				mmHg
⑤	採血時間(食後) ※いずれかに○をしてください	1.食後 10時間以上	2.食後 3.5時間以上 10時間未満	3.食後 3.5時間未満	
	⑥ 脂質	空腹時中性脂肪 (食後10時間以上)			
随時中性脂肪 (食後10時間未満)					mg/dl
HDLコレステロール					mg/dl
LDLコレステロール					mg/dl
Non-HDLコレステロール					mg/dl
⑨ 血糖	空腹時血糖 (食後10時間以上)				mg/dl
	随時血糖 (食後3.5時間以上 10時間未満)				mg/dl
	HbA1c値(NGSP値)				%
⑦ 肝機能	AST(GOT)				U/I
	ALT(GPT)				U/I
	γ-GT(γ-GTP)				U/I
⑩ 尿検査	尿糖	-・±・++・2+・3+以上 (++) (+++)			測定不可能・検査 未実施の理由 ※いずれかに○を してください
	尿蛋白	-・±・++・2+・3+以上 (++) (+++)			

(2) 選択項目: 実施された場合にご記入ください

項目	検査結果	単位
⑧ 腎機能	クレアチニン	mg/dl
	e-GFR	ml/min/1.73m ²
	尿酸	mg/dl
⑪ 貧血	ヘマトクリット値(Ht)	%
	血色素量(ヘモグロビン)	g/dl
	赤血球数	万/mm ³
⑫ 心電図検査	所見	1. あり 2. なし
	所見	1. あり 2. なし
⑬ 眼底	所見	1. あり 2. なし

以下の項目は、記載がある場合にご記入ください

③ 診察	自覚症状	1. 特記あり 内容 ()	2. 特記なし
	他覚症状 (医師の所見)	1. 特記あり 内容 ()	2. 特記なし
メタボリックシンドローム 判定		1. 基準該当	2. 予備群該当
		3. 非該当	4. 判定不能
保健指導レベル		1. 積極的支援	2. 動機付け支援
		3. 非該当(情報提供など)	4. 判定不能
医師の診断(判定)			
判断した医師名			

3 保健指導のご案内

お知らせいただいた健診結果におきまして、メタボリックシンドロームのリスクがある方については、後日、高槻市健康づくり推進課より保健指導のご案内を送付いたしますので、どうぞご利用ください。

お問い合わせ先	
連絡先	高槻市 健康福祉部 保健所 健康づくり推進課
TEL	072-674-8800

(令和7年4月作成)