

様式第2号（その1）（第6条関係）

特定健康診査内容等確認票

1 特定健康診査受診者情報

被保険者証記号番号	
フリガナ	
氏名	
生年月日	

2 特定健康診査実施日

年 月 日

3 特定健康診査情報

特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）第1条1項に基づいて実施した項目について、実施欄にレ点を付し、金額欄には受診者への請求金額をご記入ください。詳細な健診の項目については、実施理由もご記入ください。

【基本的な健診】

項目	内容	実施	金額
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況調査を含む		円
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（聴打診等身体診察）		
身長・体重・腹囲の検査	身長、体重からBMIの算出を行う		
血圧の測定	2回実施		
肝機能検査	GOT、GPT、 γ -GTP		
血中脂質検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール※1		
血糖検査	空腹時血糖又はHbA1c		
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無の検査※2		

※1 中性脂肪が400mg/dL以上の場合又は食後（3.5時間以内）に採血する場合には、LDLコレステロールの量の検査に代えて、Non-HDLコレステロールの量の検査を行うことができる。

※2 尿検査が未実施の場合は、その理由を以下にご記入ください（腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有している者に限る）。

尿検査未実施理由： _____

様式第2号（その1）（第6条関係）

【詳細な健診】			
項目	実施	実施理由	金額
心電図検査			円
貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）			円
眼底検査			円
血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む）			円

4 実施医療機関情報

所在地

名称

担当医師名 (※)

(※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。)

電話番号

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。