

令和4年度 特定健康診査受診券

令和4年6月1日 交付

郵便番号 939-0294

住所 富山県射水市新開発410番地1

フリガナ イミズ タロウ

氏名 射水 太郎

XXX XX XXXXXX#

受診券整理番号	22100000001		
有効期限	令和4年9月30日		
被保険者番号	123456789		
氏名	射水 太郎		
住所	富山県射水市新開発410番地1		
性別	男	年齢 ※1	65歳
生年月日	昭和32年5月1日		

※1 交付日における年齢

健診内容	実施形態	実施項目	窓口の自己負担		保険者負担上限額	
			負担額	負担率		
特定健診	基本項目	個別	○	0円	—	
		集団	—	—	—	
	詳細項目	貧血	個別	△	0円	—
			集団	—	—	—
		心電図	個別	△	0円	—
			集団	—	—	—
		眼底	個別	△	0円	—
			集団	—	—	—
		血清クレアチニン	個別	△	0円	—
			集団	—	—	—
特定健診以外の項目	生活機能評価	生活機能チェック	個別	—	—	
		生活機能検査	個別	—	—	
	追加健診	個別	△	0円	—	
		集団	—	—	—	
	人間ドック	個別	—	—	—	
		集団	—	—	—	

眼底検査に関する 令和3年度健診結果による判定		該当	
健診結果	単位	令和3年度	令和2年度
身長	cm	ZZZ.Z	ZZZ.Z
体重	kg	ZZZ.Z	ZZZ.Z
腹囲	cm	ZZZ.Z	ZZZ.Z
内臓脂肪面積	cm ²	ZZZ.Z	ZZZ.Z
BMI	—	ZZ.Z	ZZ.Z
収縮期血圧	mmHg	ZZZ	ZZZ
拡張期血圧	mmHg	ZZZ	ZZZ
中性脂肪	mg/dl	ZZZZZ	ZZZZZ
HDLコレステロール	mg/dl	ZZZZZ	ZZZZZ
LDLコレステロール	mg/dl	ZZZZZ	ZZZZZ
non-HDLコレステロール	mg/dl	ZZZZZ	ZZZZZ
GOT	U/l	ZZZZZ	ZZZZZ
GPT	U/l	ZZZZZ	ZZZZZ
γ-GTP	U/l	ZZZZZ	ZZZZZ
空腹時血糖	mg/dl	ZZZ	ZZZ
HbA1c	%	ZZZZZ	ZZZZZ
随時血糖	mg/dl	ZZZ	ZZZ
尿糖	—	NN	NN
尿蛋白	—	NN	NN
ヘマトクリット	%	ZZ.Z	ZZ.Z
血色素量	g/dl	ZZ.Z	ZZ.Z
赤血球数	万/mm ³	ZZZZ	ZZZZ
心電図	—	NNNN	NNNN
眼底検査 (検査名)	—	NNNN NNNNNN	NNNN NNNNNN
血清クレアチニン	mg/dl	ZZZ	ZZZ
eGFR	ml/min/1.73m ²	ZZZ.ZZ	ZZZ.ZZ
服薬歴	血圧	NNNN	NNNN
	血糖	NNNN	NNNN
	脂質	NNNN	NNNN
喫煙歴	—	NNN	NNN
保健指導区分※2	—	積極的支援	服薬中

注) △については、基本項目や生活機能評価チェックの結果及び保険者の契約内容により実施します。
 ※2 健診結果に基づく判定結果であり、実際に行った保健指導ではありません。
 ※3 実施機関の所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください。

