

## 健診項目チェックシート

申請書に添付する受診結果に、以下の項目が含まれているかご確認いただき、受診結果の数値を記入ください。受診結果とあわせてご提出ください。

身体測定		血液検査	
cm	身長	mg/dl	中性脂肪
kg	体重	mg/dl	HDL コレステロール
	BMI	mg/dl	LDL コレステロール
cm	腹囲(実測) ※1	U/l	AST (GOT)
医師の所見		U/l	ALT (GPT)
あり / なし	医師の所見の記載 ※2	U/l	γ-GT (γ-GTP)
あり / なし	判断した医師名の記載 ※3	mg/dl	空腹時血糖 ※4 やむを得ない場合は 随時血糖( 時間)
医師名:		%	ヘモグロビンA1c (HbA1c) ※4
血圧測定		尿検査	
mmHg	収縮期		尿糖
mmHg	拡張期		尿蛋白

※1 腹囲は、BMI が 20 未満の場合は省略可、22 未満の場合は自己測定可。

※2 医師の所見の記載があることが必要です。

※3 医師名の記載のある受診結果が必要です。

※4 空腹時血糖とヘモグロビンA1cはどちらか一方でも可。