

勤務先等で健診を受けた方は、結果の提出にご協力ください

提出予定の健診結果に以下の必須項目の記載があるか「レ」を入れて確認してください

※ 健診結果は必ず写しを提出してください(提出いただいた書類は返却しませんのでご了承ください)

※ 提出いただいた個人情報は、特定健診・特定保健指導以外の業務で使用することはありません

特定健診結果提出チェック表					
身長 ※	<input type="checkbox"/>	血液検査	AST(GOT)	<input type="checkbox"/>	
体重 ※	<input type="checkbox"/>		ALT(GPT)	<input type="checkbox"/>	
腹囲 (ウエストではなく、へそ周り)※	<input type="checkbox"/>		γ-GT(γ-GTP)	<input type="checkbox"/>	
血圧	<input type="checkbox"/>		中性脂肪	<input type="checkbox"/>	
尿検査	尿糖		<input type="checkbox"/>	HDLコレステロール	<input type="checkbox"/>
	尿タンパク		<input type="checkbox"/>	LDLコレステロール (Non-HDLコレステロール)	<input type="checkbox"/>
医師の診察	<input type="checkbox"/>		空腹時血糖またはHbA1c	<input type="checkbox"/>	
医師のコメント(判定など)	<input type="checkbox"/>		医療機関名 ※	<input type="checkbox"/>	
健診日は2026年4月1日～2027年3月31日の間ですか？			<input type="checkbox"/>		

※の項目は、健診結果に記載がなくても余白に自己測定結果を記入して提出可能です。
チェックに迷った場合は、質問票と合わせてご提出ください。不足があった場合はご連絡いたします。