別紙２．検査データ

②検査データ

下記項目を記入していただくか下記項目がわかる検査データのコピーを①と一緒に添付ください

検査日：令和（平成）　　年　　月　　日

健診機関名：　　医師名：

身長			ｃｍ
体重			ｋｇ
腹囲			ｃｍ
血圧	（上）／（下）		／　　ｍｍＨｇ
尿検査	尿蛋白	該当箇所に「○」をしてください	（－）（±）（＋）（＋＋）（＋＋＋）
	尿糖		（－）（±）（＋）（＋＋）（＋＋＋）
脂質検査	中性脂肪		mg/dL
	HDLコレステロール		mg/dL
脂質検査	①または②をご記入ください		
	①LDLコレステロール		mg/dL
	②総コレステロール		mg/dL
肝機能検査	AST(GOT)		IU/L
	ALT(GPT)		IU/L
	γ-GT(γ-GTP)		IU/L
血糖値	①～③のいずれかをご記入ください		
	①空腹時血糖		mg/dL
	②随時血糖（食後3.5時間以上）		mg/dL
	③HbA1c		%
診察結果（他覚症状）※所見ありの場合、内容を下の枠内に記入してください			１．所見なし　　２．所見あり（　　）
血清クレアチニン※実施していれば、ご記入ください			mg/dL