

一般健診受診者用

検査実施証明書

平成 年 月 日

(検査実施医療機関名及び代表者名)

印

当院では、下記の事業所(施設)等に勤務する別紙記載の職員について、生活習慣病予防健診として、次に掲げる検査を実施したことを証明する。

[受診者が所属する事業所(施設)の所在地(法人で申請する場合は、法人所在地)] (〒 -)	
[受診者が所属する事業所(施設)の名称 (法人で申請する場合は、法人名)]	[受診者が所属する事業所(施設)の代表者名 (法人で申請する場合は、法人代表者名)]

実施した項目に○をつけて下さい

健 診 の 基 準		検査実施の有無
1. 診察等	問診、計測(身長・体重)、視力、聴力、 理学的検査(胸部聴診・腹部触診)	
2. 血圧測定	坐位	
3. 尿検査	糖半定量、蛋白半定量、潜血	
4. 糞便検査	免疫便潜血反応検査(2日法)	
5. 血液学的検査	末梢血液一般検査 (ヘマトクリット値、血色素測定、赤血球数、白血球数)	
6. 生化学的検査	空腹時血糖、総コレステロール、GOT、GPT、 アルカリフォスファターゼ、γ-GTP、中性脂肪、尿酸、 クレアチニン、HDL-コレステロール	
7. 心電図検査	12誘導	
8. 胸部X線検査	間接撮影又は直接撮影	
9. 胃部X線検査	間接撮影又は直接撮影	

(注) 1. 政管健保の制度を利用して受診した場合は、本様式の提出は不要です。
2. 複数の医療機関で検査を受診した場合は、医療機関毎に証明書を提出して下さい。