※健保の補助を受けずに健診を受けられた方が、健診結果をお送りいただく時にのみ使います。

健診結果送付用紙（提出用紙）

保険証記号ー番号	ー

▲ご本人様がご記入ください

健診を受けた日	年　月　日

下の表の中で、検査記録があるものに、✓印をつけてください。

＜必要な健診項目一覧＞

	結果項目		チェック
血液検査	肥満、脂質異常、動脈硬化などの検査	中性脂肪（TG）（トリグリセライド）	□
		HDL- コレステロール	□
		LDL- コレステロール　もしくは non-HDL コレステロール	□
	肝臓、胆のう、すい臓、心臓の障害などの検査	AST（GOT）	□
		ALT（GPT）	□
		GGT（γ -GTP）	□
	糖尿の検査	①空腹時血糖　（BS）	□
		② HbA1c（ NGSP）	
尿検査	糖尿の検査	尿糖　（尿GLU）	□
	腎臓の検査	尿たん白　（尿 PRO）	□

◀①②のどれか1つあれば結構です

尿検査は、健診の登録に必要な項目です。
◀検査を受けている方のみ、お送りください。
（検査結果を必ず添付してください）

＜注意事項＞

検査結果が揃っていない場合は受け付けできません。

ここから下はご本人さまがご記入ください

	測定項目		チェック	測定結果
身体計測		身長(cm)	□	cm
		体重(kg)	□	kg
	肥満の検査	腹囲(cm)　*内臓脂肪量	□	cm
血圧	高血圧の検査	収縮期血圧（上）	□	
		拡張期血圧（下）	□	
生活習慣に関する質問		質問票　*裏面	□	必ずお送りください
既往歴			□	□あり □なし（　）
自覚症状			□	□あり □なし（　）
他覚症状			□	□あり □なし（　）
医師のメタボリックについてのコメント			□	□あり □なし（　）
判断した医師の氏名			□	
医療機関名			□	

◀医療機関で計っていない場合は、ご自身で計って数値をご記入ください。

▲上記の記入欄にすべてご記入できましたら、①結果のコピー／②この用紙／③質問票(この裏面) の3点を、JAL健保までお送りください。