健康診断受診者名簿（補助金申請分）

事業所番号＿＿＿＿＿＿＿＿　事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　営業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

組合使用欄	保険証番号	氏名	受診日 年月日 R	コ組合使用ス欄	計測						胸部	胃部	循環器			糖尿病			腎機能		肝機能				脂質				血液			
					身長	体重	腹囲	視力 右	視力 左	聴力判定	判定	判定	血圧	判定	心電図判定	尿糖	血糖	判定	蛋白	判定	GOT	GPT	γ-GTP	判定	LDL-Cho	TG	HDL-Cho	判定	RBC	Hb	Ht	判定
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													
			・・		.	.	.	( )	( )				／			( )			( )													

＊お願い

上記受診者の検査数値と、各器官の判定を下記判定コードの番号で記入してください。

また、未実施項目については、斜線を記入してください。

・判定コード　１：異常なし　２：現在心配なし　３：要再検査　４：３ケ月後再検査　５：要受診　６：要治療継続　７：主治医に相談　８：１年後再検査　９：要生活注意　１１：６ヶ月後再検査

・聴力判定コードは、１：正常　２：異常のどちらかを記入してください。

・コースは記入しないでください。

貴事業所から依頼された健康診断の結果を上記のとおり報告いたします。

注）実施医療機関が記入していない場合は、この健康診断受診者名簿と共に受診者全員の結果表（コピー可）を添付してください。

実施医療機関名