

【2026年度 健診結果の事業所申込書】

書類①

★健診結果の事業所控えが必要な事業所様は下記の書類2枚を郵送してください★

書類①

【2026年度 健診結果の事業所控えについて】

書類②

【2026年度 健診結果(事業所控え)の委任状】

※健康診断料金のお支払いの確認ができ次第(翌月10日以降)の郵送となりますのでご了承ください。

※健診結果控えの請求書は、健診結果の事業所控えと同封させていただきます。

健診料金のお支払方法(チェックしてください)

健診当日、窓口でお支払い済み

会社請求⇒ 年 月 日に振込済み

健診結果の事業所控えはどちらをご希望ですか(チェックしてください)

法定健診のみ希望
1枚:330円(税込)

(委任状に「お名前」「生年月日」「健診実施日」
をご記入ください)

健診項目すべてを希望
…ご本人の印鑑またはサインが必要です
1枚:550円(税込)

(委任状に「お名前」「生年月日」「健診実施日」
「印鑑・サイン」をご記入ください)

企業コード

〈事業所主〉

住所

事業所名

電話番号

別紙①

※法定健診のみの控え

コース
所属
団体
カルテ番号協会けんぽ(一般・胃カメラ)
全国健康保険協会 広島支部
株式会社〇〇
9807025

健康診断結果報告書

氏名		共立 太郎		生年月日	昭和27年1月2日	健診年月日	令和5年4月2日
				性別	男	年齢	71 歳
業務歴					血 圧 (mmHg)		/
既往歴					貧血検査	血色素量 (g/dl)	
		赤血球数 (万/mm ³)					
自覚症状					肝機能検査	GOT (IU/l)	
						GPT (IU/l)	
						γ-GTP (IU/l)	
他覚症状					血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dl)	
						HDLコレステロール (mg/dl)	
						トリグリセライド (mg/dl)	
身長(cm)					血糖検査	空腹時 (mg/dl)	
体重(kg)						随時	
BMI					HbA1c (%)		
腹囲(cm)					尿検査	糖	
						蛋白	
視力	右	()			心電図検査		
	左	()					
聴力	右	1000Hz	備考				
		4000Hz					
	左	1000Hz					
		4000Hz					
	会話法						
胸部X線検査		直接			判定医 中 増 昭 久		

- 備考
- 1 労働安全衛生規則第43条、第47条若しくは第48条の雇入時の健康診断又は労働安全衛生法第66条第4項の健康診断を行ったときに用いること。
- 2 BMIは、次の算式により算出すること。BMI＝体重(kg)／身長(m)²
- 3 「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入すること。

広島県立病院・健診センター
広島市安佐南区中須2丁目20-20 電話:082-879-1223

受診日 令和7年2月1日
コース 協会けんぽ(一般・胃カメラ)
所属 全国健康保険協会
団体 株式会社〇〇
カルテ番号 234567
生年月日/性別 昭和12年3月4日 女性

※健診項目すべての控え

判定

判定医

総合判定

診察	身体測定	血圧	聴力	眼科	耳鼻咽喉科	胃検査	胸部透視	肺機能	腎・尿路	貧血ほか	脂質	糖代謝	肝機能	胆機能	痛風	血清尿酸	骨密度	その他
診察	身長 体重 腹囲 標準体重 BMI	最大血圧 最小血圧	視力	聴力	視力矯正	眼底	聴力 会話法	1000Hz 4000Hz	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左
血圧	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見
血圧	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左
心電図	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見
心電図	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左
腹部エコー	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見
腹部エコー	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左
胃検査	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見
胃検査	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左
肺機能	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見	部位	所見
肺機能	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左

白血球 赤血球 血小板 ヘマトクリット MCV MCH MCHC 血小板数 Neut(好中球) Eosino(好酸球) Baso(好塩基球) Mono(単球) Lympho(リンパ球) 血 ABO 型 Rh	基準値	今回	前回
貧血ほか			
脂質	総コレステロール 中性脂肪 随時中性脂肪 HDLコレステロール LDLコレステロール		
糖代謝	空腹時血糖 随時血糖 HbA1c (JDS) HbA1c (NGSP) 尿糖		
肝機能	AST(GOT) ALT(GPT) γ-GTP 総蛋白 アルブミン A/G比 α1分画 α2分画 β分画 γ分画 A/G分画 アルブミン分画 総ビリルビン 直接ビリルビン ALP ZTT TTT LD LAP コリンエステラーゼ HBs抗原 HBs抗体 (PA) HBs抗体 (PHA) HCV抗体		
尿検査	アミラーゼ		
痛風	尿酸		
血清尿酸	CRP RF定量 梅毒 RPR 毒 TPPAb		
腫瘍マーカー	PSA (前立腺) CEA (消化癌) CA19-9 (消化癌) CA125 (卵巣) AFP (肝臓)		

その他	基準値	今回

クレアチニン 尿酸素 e-GFR 尿酸 尿酸白 尿酸血 ウロビリノーゲン 尿ビリルビン ケトン 比重 PH 沈渣 赤血球 白血球 扁平上皮 細胞		
腎・尿路		

便潜血	1回目 2回目		
-----	------------	--	--

乳腺	右 左	今回	前回
超音波			
マンモグラフィ			

子宮	ベセスダ分類 頸部細胞診 体部細胞診		
----	--------------------------	--	--

甲状腺	基準値	今回	前回
超音波検査			
TSH			
音響的評価値 対若年士平均比			

判定区分	1 今回の健診で異常は認めませんでした。 2 わずかな異常を認めますが、日常生活には差し支えありません。 3 生活習慣に注意し、定期的に検査を受けて経過をみてください。 4 精密検査または治療が必要な状態です。医療機関を受診してください。 5 主治医の指示のもと治療を継続してください。
------	---

●結果の赤字は高値、青字は低値を表します
●結果の赤字は高値、青字は低値を表します
●結果の赤字は高値、青字は低値を表します
●結果の赤字は高値、青字は低値を表します

【2026年度 健診結果(事業所控え)の委任状】

書類②

健康診断結果報告書をご希望の方は委任状の提出をお願いします。

下記の健診結果の委任状に希望者の方のお名前を記入頂き、広島共立病院健診センターまで

健診料金を支払い後、**原本をご郵送ください。**

FAXは不可です。健診料金入金後、ご郵送いたします。

健康診断料金お支払い前に郵送いただいたものについてはすべて
破棄させていただきます。ご了承ください。

2026年度

お名前	生年月日	健診実施日	印鑑・サイン
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	

企業コード

〈事業所主〉

住所

事業所名

電話番号