

第二次検査結果報告書

検査年月日 令和 年 月 日

NO.1

健康保険証				6桁以下の時は右詰で 左側に0記入				所属事業所名									
記号	1	6	番号														
被保険者名 (家族健診のみ記入)				フリガナ				男・女	生年月日	年 月 日 (才)							
ドック実施月日		種別	1. ドック (1日・1泊・肺ガン・婦人) 2. 家族 (配偶者)				結果区分	D (再検) ・ E (精検)		検査項目							
計測	身長	cm	標準体重	kg	体重	kg	(2) 検	糖	(- ± + ++ +++)	沈渣	赤血球	ヶ/毎数全					
血	Scheie H () S ()	KW	尿	蛋白	(- ± + ++ +++)	白血球	ヶ/毎数全										
				ウロ	(- ± + ++ +++)	扁平上皮	ヶ/毎数全										
庄	Scott	視力	PH	(5 6 7 8 9)	潜血	(- ± + ++ +++)	ビリルビン	(- ± + ++ +++)									
			比重	(1.0)		アセトン体	(- ± + ++ +++)										
(3) 胸部 X線検査	直接断層	(4) 心電図	※心エコー・ホルターは不可				(5) 消化管系検査	(上部)		X線							
							(下部) ※大腸ファイバースコープは不可		カメラ								
							Master 1.陰性 2.疑陽性 3.陽性		生検								
血液検査	白血球数	mm ³	血液像				(7) 血	1時間	(6) 血液学検査	空腹時	30'	60'	120'				
	赤血球数	×10 ⁴	Bas	Eos	Neutro	Mo		Ly		Plasma	血糖						
	血色素量	g/dl	Mete	st	seg				尿糖								
	ヘマトクリット	%															
	血小板数	×10 ⁴															
	網状赤血球数	%															
	GOT	U	黄疸指数					総コレステロール	mg/dl								
	GPT	U	総蛋白	g/dl	中性脂肪	mg/dl	T ₃										
	AL-P	IU/ℓ	A/G比	%	HDL	mg/dl	T ₄ サイロキシン										
	LDH	U	アルブミン	%	尿素窒素	mg/dl	TSH										
LAP	IU	α ₁	%	クレアチニン	mg/dl												
γ-GTP	IU	α ₂	%	尿酸	mg/dl												
コリンエステラーゼ	IU	β	%	血清鉄													
TTT	U	γ	%	不飽和鉄結合能		CEA						ng/dl					
ZTT	U	血清アマラーゼ	IU	総鉄結合能		PSA						ng/dl					
総ビリルビン	mg/dl	HBs抗原		血糖	mg/dl												
ASLO	IU/ml	R A	IU/ml	CRP	mg/dl	HCV											
婦人科	子宮細胞診	外科	乳房触診	マンモグラフィ													

総合判定

空白 : 未受診

A : 著変なし

B : 所見

(治療不要)

C : 経過観察

(生活習慣改善)

D : 要再検

E : 要精検

F : 要治療

G : 治療中

器	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
官	肥	消	胆	肝	腹	循	腎	尿	糖	脂	血	血	呼	眼	聴	婦	肛	外
系	満	化	膵	機	部	環	機	路	尿	質	液	液	吸			人	門	の
統	度	管	系	能	超	器	能	系	病	系	一	の	器	科	力	科	便	科
判定												他	系					他
区分												査	科					科

事業所名	
受診者名	

第二次検査結果報告書

(様式 5号)

NO.2

検 査 内 訳					金 額	
					検 査 料	消 費 税
(1) 眼底検査	(2) 検 尿	(3) 胸部X線	(4) 心 電 図	(5) 消化管系		
(6) 血 液 学	(7) 血 沈	(8) 糖 尿 病	(9) 生 化 学	(10) そ の 他		
番号	該当する番号の詳しい検査内容についてご記入下さい。					
番号						
					計	計
					合 計 金 額	

医師所見		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
実施医療機関名	担当医師名	印
令和 年 月 日		

備考欄(産業医指導他)		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
令和 年 月 日	記入者名	印

第二次検査の実施及び処理方法について

貴健診機関が山崎製パン健康保険組合の被保険者及び被扶養者(配偶者)に対して実施する人間ドック健康診査並びに事後管理指導の為に「二次検査」については、下記の通り実施されるものとします。

- 貴健診機関には、必要に応じて(対象者は第一次健診にて、D・Eの判定項目を受けた者のみ)受診者の二次検査を実施して頂きますが、これには治療行為は含まれません。その費用は社会保険診療報酬点数により算出した額とし、当組合がその金額を負担します。但し、その負担金額については40,000円を限度とします。
- 二次検査において、『疑い』による概に治療行為を前提とした精密検査(心臓超音波・心臓ホルター・心血管造影撮影・大腸ファイバースコープ・MRI MRA・CT・CT造影による検査等)が発生した場合は治療と見做し、受診者が健康保険被保険者証を使用し(各事業所にて、受診者に指導・確認をしています)、料金の算出方法は診療報酬明細書により、貴健診機関にて社会保険診療報酬支払基金を経由して当組合へ請求するものとします。
- 数項目の要二次検査については項目別分散検査もあり得ますが、一項目についての数次にわたる分散検査は二次検査とは認められません。2回目よりは上記同様外来扱いとします。

上記、二次検査の主旨以外の検査料については、当組合では支払い出来兼ねますので、宜しくご協力の程、お願い申し上げます。

山崎製パン健康保険組合 健康管理室