

| | |
|--------|--|
| ふりがな | |
| 氏名(漢字) | |
| 記号-番号 | |
| 事業所 | |

| | | |
|-----|---|---|
| 記入日 | | |
| 年 | 月 | 日 |

【要提出】受診状況確認票

〒107-0052
東京都港区赤坂1-1-8 赤坂インターシティAIR
グラクソ・スミスクライン健康保険組合
保健師 TEL: 03-4231-5090

あなたのレベル

| | |
|---|-------------|
| | レベル1 (危険) |
| ○ | レベル2 (嚴重注意) |
| | レベル3 (注意) |
| | レベル4 (努力) |

赤枠内を各自記入 *直近データ:再検査の結果、新しい結果を記入してください。

| | |
|-------|---|
| 【現病歴】 | 【内服薬】 ・高血圧 () ・糖尿病 () (インシュリン注射→ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ナシ) ・脂質異常症 () |
| 【既往歴】 | |

| 検査項目名 | 今年度 | | 昨年度 | | 直近データ 月 日 | 服薬状況 | 受診状況 |
|-------|---------------------|----|---------|----|---|--|------|
| | H 年 月 日 | | H 年 月 日 | | | | |
| | 検査結果 | 判定 | 検査結果 | 判定 | <input type="checkbox"/> 指示通り服薬できている <input type="checkbox"/> 飲み忘れることがある <input type="checkbox"/> 服薬の指示なし | <input type="checkbox"/> 定期的受診できている <input type="checkbox"/> 受診できないことがある <input type="checkbox"/> 未治療 | |
| 血圧 | 収縮期血圧 | | | | | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療開始 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 未治療 | |
| | 拡張期血圧 | | | | | | |
| 血糖 | 空腹時血糖 | | | | | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療開始 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 未治療 | |
| | HbA1c(NGSP値) | | | | | | |
| 脂質 | 中性脂肪 | | | | | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療開始 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 未治療 | |
| | LDLコレステロール | | | | | | |
| 肝機能 | 肝機能(GOT) | | | | | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療開始 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 未治療 | |
| | 肝機能(GPT) | | | | | | |
| | 肝機能(γ -GTP) | | | | | | |
| 【備考欄】 | | | | | 【かかりつけ医療機関】 | | |

産業医意見書

下記の内容を産業医見解と致します。

| | | | | |
|-------|--------|--|------|---------------|
| 面談判定 | 要 ・ 不要 | <input type="checkbox"/> 改善を確認、面談不要とします <input type="checkbox"/> 経過観察し、面談不要とします | 事業所名 | 本社・工場・ () RO |
| 面談判定日 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 面談済み、改善を確認しました | 産業医名 | |
| 面談実施日 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 面談済み、経過を観察します | | |