

受診年月日		年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
貧血検査	赤血球数(万/mm ³)					
	血色素量(g/dl)					
	ヘマトクリット値(%)					
心電図検査		異常認めず 異常あり(疑)	異常認めず 異常あり(疑)	異常認めず 異常あり(疑)	異常認めず 異常あり(疑)	異常認めず 異常あり(疑)
眼底検査		異常認めず 異常あり(疑)	異常認めず 異常あり(疑)	異常認めず 異常あり(疑)	異常認めず 異常あり(疑)	異常認めず 異常あり(疑)
その他	既往歴					
	服薬歴					
	喫煙歴					
	自覚症状					
	他覚症状					
メタボリックシンドローム判定 (該当区分に○)		基準該当 予備群該当 非該当	基準該当 予備群該当 非該当	基準該当 予備群該当 非該当	基準該当 予備群該当 非該当	基準該当 予備群該当 非該当
医師の判断/判断した医師						
受診機関名						