

114 年健康管理計畫個案佐證資料（檢驗檢查報告）

姓名：

身分證字號：

出生年月日：

聯絡電話：

<input type="checkbox"/> 代謝症候群	檢查日期	檢查數值
腰圍		
飯前血糖		
血壓		
三酸甘油酯		
高密度脂蛋白膽固醇		
<input type="checkbox"/> 糖尿病	檢查日期	檢查數值
糖化血色素(第 1 次)		
糖化血色素(第 2 次)		
<input type="checkbox"/> 初期慢性腎臟病	檢查日期	檢查數值
慢性腎臟病分期(前次)		
慢性腎臟病分期(此次)		

院所名稱：\_\_\_\_（簽章）\_\_\_\_醫師：\_\_\_\_（簽章）\_\_\_\_

個案本人：\_\_\_\_（簽章）\_\_\_\_