

特定健診 受診票 (個別健診用)

里庄町

下記の太枠内をよく読んで記入してください。(記載された個人情報は厳重に守られます)

フリガナ			日中連絡の取れる電話番号	
氏名			☎ — —	
生年月日	昭和	年	月	日
	食後経過時間		3. 5時間未満 8～10時間未満	8時間未満 10時間以上

既往歴	なし ・ あり()			
質 問 項 目			回 答	
	現在、aからcの薬を使用していますか。			
1	a. 血圧を下げる薬			1. はい 2. いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射			1. はい 2. いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬			1. はい 2. いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。			1. はい 2. いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。			1. はい 2. いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析等)を受けたことがありますか。			1. はい 2. いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。			1. はい 2. いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている			1. はい(条件1と条件2を両方満たす) 2. 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) 3. いいえ(1、2以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。			1. はい 2. いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。			1. はい 2. いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体運動を1日1時間以上していますか。			1. はい 2. いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。			1. はい 2. いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれに当てはまりますか。			1. 何でもかんで食べることができる 2. 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3. ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。			1. 速い 2. ふつう 3. 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3日以上ありますか			1. はい 2. いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。			1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど摂取していない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。			1. はい 2. いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 (※「やめた」とは過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上、酒類を摂取していない者)			1. 毎日 2. 週5～6日 3. 週3～4日 4. 週1～2日 5. 月に1～3日 6. 月に1日未満 7. やめた 8. 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 ※日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安 ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、 ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、 缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)			1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3～5合未満 5. 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。			1. はい 2. いいえ
21	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。			1. はい 2. いいえ
22	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。			1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである(概ね6か月以内) 3. 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている 4. 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)

※ 医師記入欄

【基本項目結果】

健診実施日		令和 年 月 日
身体計測	身長	cm
	体重	kg
	腹囲	cm
	BMI	
血圧	収縮期血圧	mmHg
	拡張期血圧	mmHg
血中脂質	空腹時中性脂肪 *1 (絶食10時間以上)	mg/dℓ
	随時中性脂肪 *1 (絶食10時間未満)	mg/dℓ
	HDLコレステロール	mg/dℓ
	LDLコレステロール *2	mg/dℓ
	(Non-HDLコレステロール) *2	mg/dℓ
血糖	空腹時血糖 (絶食10時間以上)	mg/dℓ
	随時血糖 (食後3.5～絶食10時間未満)	mg/dℓ
	HbA1c	%
肝機能	AST(GOT)	IU/ℓ
	ALT(GPT)	IU/ℓ
	γ-GT(γ-GTP)	IU/ℓ
尿	糖	－ ± + 2+ 3+
	蛋白	－ ± + 2+ 3+

*1 やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、随時中性脂肪により検査結果でも可。
*2 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dℓ以上又は食後採血の場合は、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)で評価でも可。

【詳細項目又は追加項目結果】

心電図	<詳細項目該当理由> ☐ 血圧 ☐ 問診等																
	☐ 異常所見なし ☐ 異常所見あり																
眼底検査	所見																
	<詳細項目該当理由> ☐ 血圧 ☐ 血糖																
	<実施日> 令和 年 月 日																
	<実施医療機関> _____																
	<分類>																
貧血		<table><tr><td></td><td>H</td><td>S</td><td>KW</td><td>所見</td></tr><tr><td>右</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>左</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		H	S	KW	所見	右					左				
		H	S	KW	所見												
	右																
	左																
	<詳細項目該当理由> ☐ 既往歴 ☐ 視診等																
赤血球数	万/mm ³																
血色素量	g/dℓ																
ヘマトクリット値	%																
クレアチニン	<詳細項目該当理由> ☐ 血圧 ☐ 血糖																
	血清クレアチニン	mg/dℓ															
	eGFR	mℓ/min / 1.73m ²															
尿酸値		mg/dℓ															
尿潜血		－ ± + 2+ 3+															

理学的検査
<自覚症状>

<他覚症状>

メタボリックシンドローム判定

1. 基準該当 2. 予備群該当
3. 非該当

判定

1. 異常なし 2. 要観察
3. 要指導 4. 治療中
5. 要医療

<健診実施機関及び医師名>

健診実施機関へのお願い

- ①健診データを入力し国保連合会へ伝送
又は媒体で提出してください。
②健康診断受診票は、下記まで提出してください。

提出先：里庄町健康福祉課
〒719-0398 里庄町里見1107-2