

後期高齢者健診 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	
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	1. よい 3. ふつう 5. よくない	2. まあよい 4. あまりよくない
2	毎日の生活に満足していますか。	1. 満足 3. やや不満	2. やや満足 4. 不満
3	1日3食きちんと食べてますか。	1. はい	2. いいえ
4	半年前に比べて固いもの(※)が食べにくくなりましたか。 ※さきいか、たくあんなど	1. はい	2. いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。	1. はい	2. いいえ
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	1. はい	2. いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	1. はい	2. いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか。	1. はい	2. いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	1. はい	2. いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われていますか。	1. はい	2. いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか。	1. はい	2. いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか。	1. 吸っている 3. やめた	2. 吸っていない
13	週に1回以上は外出していますか。	1. はい	2. いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	1. はい	2. いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	1. はい	2. いいえ
現在、aからcの薬を使用していますか。			
16	a. 血圧を下げる薬	1. はい	2. いいえ
17	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	1. はい	2. いいえ
18	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
19	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
20	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
21	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
22	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

※ 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。

【追加項目結果】

心電図	☐ 異常所見なし ☐ 異常所見あり																
	所見																
眼底検査	<実施日> 令和 年 月 日																
	<実施医療機関>																
	<分類>																
		<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																	
貧血	赤血球数	万/mm ³															
	血色素量	g/dℓ															
	ヘマトクリット値	%															
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>

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