

健康診査項目

令和 年 月 日提出

記号番号		受診券番号		
氏名		生年月日		性別
		健診実施日	令和 年 月 日	
区分	項目名	結果	単位	基準値
身体計測	身長		cm	—
	体重		kg	—
	BMI		kg/m ²	25
	腹囲(実測)		cm	男:85 女:90
診察	既往歴	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		
	具体的な既往歴			
	自覚症状	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		
	自覚症状所見			
	他覚症状	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		
	他覚症状所見			
血圧等	収縮期血圧		mmHg	130
	拡張期血圧		mmHg	85
生化学検査	中性脂肪		mg/dl	150
	HDLコレステロール		mg/dl	40
	■LDLコレステロール		mg/dl	120
	■non-HDLコレステロール		mg/dl	150
	GOT(AST)		U/l	31
	GPT(ALT)		U/l	31
	γ-GT(γ-GTP)		U/l	51
血糖検査	● 空腹時血糖		mg/dl	100
	● 随時血糖		%	100
	● HbA1c (NGSP値)		%	5.6
尿検査	尿糖			
	尿蛋白			
医師の判断	メタボリックシンドローム判定	<input type="checkbox"/> 基準該当 ・ <input type="checkbox"/> 予備軍該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当 ・ <input type="checkbox"/> 判定不能		
	保健指導レベル	<input type="checkbox"/> 積極的支援 ・ <input type="checkbox"/> 動機付け支援 ・ <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> 判定不能		
	医師の診断(判定)			
	健康診断を実施した医師の氏名			

●と■は、いずれかの項目が必須

※裏面(問診票)もご記入ください。

埼玉県医師国民健康保険組合

HP

特定健康診査 問診票

質 問 内 容		回答欄(チェックをつけて下さい)
1	血圧を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
3	コレステロールを下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
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る。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。(※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、又は 6 ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1 ヶ月間も吸っている者)	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10キロ以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> 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年以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態。	<input type="checkbox"/> 何でも噛んで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみ合わせなどきになる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い ・ <input type="checkbox"/> ふつう ・ <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 毎日 ・ <input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 殆ど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度について	<input type="checkbox"/> 毎日 ・ <input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 殆ど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 清酒 1 合(180ml)の目安:ビール中瓶 1 本(約 500ml)、焼酎 35 度(80ml)、ウイスキーダブル 1 杯(60ml)、ワイン 2 杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1 合未満 ・ <input type="checkbox"/> 1-2 合未満 ・ <input type="checkbox"/> 2-3 合未満 ・ <input type="checkbox"/> 3 合以上
20	睡眠で休養は十分にとれている。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思えますか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない
		<input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね 6 か月以内)
		<input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6 か月未満)
		<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6 か月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ

埼玉県医師国民健康保険組合

※両面共、黒枠内は全て必須項目となっておりますので、漏れなくご記入願います。