

健康診査項目

令和 年 月 日提出

記号番号	記号	番号	受診券番号			
氏名			生年月日	昭和・平成	年	月 日
			性別	男・女		
			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/m2	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	空腹時:150/随時:175	
	HDLコレステロール			mg/dl	39	
	■ LDLコレステロール			mg/dl	120	
	■ non-HDLコレステロール			mg/dl	150	
	AST(GOT)			U/l	31	
	ALT(GPT)			U/l	31	
	γ-GT(γ-GTP)			U/l	51	
血糖検査	●	空腹時血糖		mg/dl	100	
		HbA1c (NGSP値)		%	5.6	
	●	随時血糖		mg/dl	100	
尿検査	尿糖		<input type="checkbox"/> — ・ <input type="checkbox"/> ± ・ <input type="checkbox"/> + ・ <input type="checkbox"/> 2+ ・ <input type="checkbox"/> 3+ ・ <input type="checkbox"/> 計測不能			
	尿蛋白		<input type="checkbox"/> — ・ <input type="checkbox"/> ± ・ <input type="checkbox"/> + ・ <input type="checkbox"/> 2+ ・ <input type="checkbox"/> 3+ ・ <input type="checkbox"/> 計測不能			
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)		<input type="checkbox"/> 異常なし ・ <input type="checkbox"/> 経過観察 ・ <input type="checkbox"/> 要再検査 ・ <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 治療継続 ・ <input type="checkbox"/> その他()			
	健康診断を実施した医師の氏名 ※自己健診は不可					

■と●は、いずれかの項目が必須

埼玉県医師国民健康保険組合

※太枠内をすべてご記入ください。裏面(問診票)もご記入ください。

問 診 票

氏名 _____

	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"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
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"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> 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)を受けている。	<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。(※「習慣的に喫煙している者」とは条件1と条件2を両方満たす者である。 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)	<input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 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) <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(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度について(※「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)	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週3-4日 <input type="checkbox"/> 月に1-3日 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 週5-6日 <input type="checkbox"/> 週1-2日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 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・110ml)、ワイン(同14度・180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度約500ml、同7度350ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 2-3合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上 <input type="checkbox"/> 1-2合未満 <input type="checkbox"/> 3-5合未満
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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<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。