

特定健康診査 結果確認書

氏名		生年月日	昭和	年	月	日
住所	たつの市					
電話番号	— —	性別	男 ・ 女			
受診医療機関名		受診日	年 月 日			
被保険者番号		受診券番号				

項目		単位	数値			
基本健診	身体計測	身長	cm		<input type="checkbox"/>	
		体重	kg		<input type="checkbox"/>	
		BMI	kg/m ²		/	
		腹囲	cm		<input type="checkbox"/>	
	既往歴等	既往歴			<input type="checkbox"/>	
		具体的な既往歴			<input type="checkbox"/>	
		自覚症状			<input type="checkbox"/>	
		他覚症状			<input type="checkbox"/>	
	血圧	収縮期血圧	mmHg		<input type="checkbox"/>	
		拡張期血圧	mmHg		<input type="checkbox"/>	
	採血条件	採血時間(食後)	時間		/	
	生化学検査	脂質	中性脂肪	mg/dl		<input type="checkbox"/>
			HDL-コレステロール	mg/dl		<input type="checkbox"/>
			LDL-コレステロール	mg/dl		<input type="checkbox"/>
		肝機能	AST	IU/l		<input type="checkbox"/>
			ALT	IU/l		<input type="checkbox"/>
			γ-GT	IU/l		<input type="checkbox"/>
	血糖 (いずれかひとつ)	血糖	mg/dl		<input type="checkbox"/>	
		HbA1c	%		<input type="checkbox"/>	
	尿検査	尿糖			<input type="checkbox"/>	
尿蛋白				<input type="checkbox"/>		
詳細健診	血液検査	ヘマトクリット値	%		■	
		血色素量	g/dl		■	
		赤血球数	万/mm ³		■	
	生理学検査	心電図有無			有 ・ 無	■
		心電図所見				■
		眼底検査有無			有 ・ 無	■
		眼底検査所見				■
		眼底検査(分類)				■

□…必須項目 ■…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

質問票	薬使用の有無	血圧を下げる薬	あり ・ なし	<input type="checkbox"/>
		インシュリン注射又は血糖を下げる薬	あり ・ なし	<input type="checkbox"/>
		コレステロールを下げる薬	あり ・ なし	<input type="checkbox"/>
	既往歴	脳卒中（脳出血、脳梗塞等）	あり ・ なし	<input type="checkbox"/>
		心臓病（狭心症、心筋梗塞等）	あり ・ なし	<input type="checkbox"/>
		慢性の腎不全、人工透析	あり ・ なし	<input type="checkbox"/>
		貧血	あり ・ なし	<input type="checkbox"/>
	喫煙（現在、タバコを吸っている）		はい ・ いいえ	<input type="checkbox"/>
	20歳時の体重から10kg以上増加		はい ・ いいえ	回答は任意
	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		はい ・ いいえ	
	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		はい ・ いいえ	
	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い		はい ・ いいえ	
	他の人と比較して食べる速度は		速い・ふつう・遅い	
	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		はい ・ いいえ	
	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある		はい ・ いいえ	
	朝食を抜くことが週に3回以上ある		はい ・ いいえ	
	飲酒の頻度	毎日・時々・ほとんど飲まない		
	1日当たりの飲酒量	1合未満・1～2合未満		
		2～3合未満・3合以上		
	睡眠で休養が十分とれている		はい ・ いいえ	
生活習慣を改善してみようと思いませんか		意志なし・意志あり(6ヵ月以内)・意志あり(近いうち)・取組済(6ヵ月未満)・取組済(6ヵ月以上)		
保健指導を受ける機会があれば、利用しますか		はい ・ いいえ		
メタボリックシンドローム判定			<input type="checkbox"/>	
保健指導レベル			<input type="checkbox"/>	
医師の判断(判定)			<input type="checkbox"/>	
医師名			<input type="checkbox"/>	
総合判定			<input type="checkbox"/>	

上記のとおり、健康診査結果をたつの市に提出することに同意します。

年 月 日

自署