

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		☐
		体重		kg		☐
		BMI		kg/m2		☐
		腹囲		cm		☐
	既往歴等	既往歴				☐
		具体的な既往歴				☐
		自覚症状				☐
		他覚症状				☐
	血圧	収縮期血圧		mmHg		☐
		拡張期血圧		mmHg		☐
	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		☐
			HDL-コレステロール	mg/dl		☐
			LDL-コレステロール	mg/dl		☐
		肝機能	AST	IU/l		☐
			ALT	IU/l		☐
			γ-GT	IU/l		☐
	血糖 (いずれかひとつ)	血糖		mg/dl		☐
		HbA1c		%		☐
	尿検査	尿糖				☐
		尿蛋白				☐
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/mm3		☒
	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	☐
		インシュリン注射又は血糖を下げる薬	あり ・ なし	☐
		コレステロールや中性脂肪を下げる薬	あり ・ なし	☐
	既往歴	脳卒中(脳出血、脳梗塞等)	あり ・ なし	☐
		心臓病(狭心症、心筋梗塞等)	あり ・ なし	☐
		慢性腎臓病、腎不全、人工透析	あり ・ なし	☐
		貧血	あり ・ なし	☐
	現在、たばこを習慣的に吸っている		はい・以前は吸っていたが最近1ヵ月間は吸っていない・いいえ	☐
	20歳時の体重から10kg以上増加		はい ・ いいえ	回答は任意
	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		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	
	食事をかんで食べる時の状態		何でもかめる・かみにくいことがある・ほとんどかめない	
	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	
	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取する頻度		毎日 ・ 時々 ・ ほとんど摂取しない	
	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 ・ 週5～6日 ・ 週3～4日 ・ 週1～2日 ・ 月に1～3日 ・ 月に1日未満 ・ やめた ・ 飲まない(飲めない)		
	飲酒日1日当たりの飲酒量	1合未満 ・ 1～2合未満 ・ 2～3合未満 ・ 3～5合未満 ・ 5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すか		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)		
これまでに特定保健指導を受けたことがある		はい ・ いいえ		
メタボリックシンドローム判定			☐	
保健指導レベル			☐	
医師の判断(判定)			☐	
医師名			☐	
総合判定			☐	

上記のとおり、提供する健康診査結果をたつの市特定健康診査及び特定保健指導等の保健事業に活用することに同意します。

年 月 日

自署 _____