

## 【質問】

※黒色太枠内のご記入をお願いします。

1~3	現在、aからcの薬を使用していますか。	
1	a : 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b : 血糖を下げる薬またはインスリン注射	①はい ②いいえ
3	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
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りますか。	①はい ②いいえ
5	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
6	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)を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	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
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している」とは、「これまでに合計100本以上、または6か月以上吸っている」ことであり、最近1か月間も吸っていること。	①はい ②いいえ
9	20歳の時の体重から、10kg以上増加していますか。	①はい ②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年以上実施していますか。	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	①はい ②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ですか。	①はい ②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べられる ②かみにくいことがある ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	①速い ②普通 ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	①はい ②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。	①毎日 ②時々 ③しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	①はい ②いいえ
18	お酒(焼酎・清酒・ビール・洋酒等)を飲む頻度はどのくらいですか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	①はい ②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いませんか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) ③近いうち(概ね1か月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている ④すでに改善に取り組んでいる(概ね6か月未満) ⑤すで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。	①はい ②いいえ

## 特定健診 情報提供票

## 【個人情報】

フリガナ	
氏名	
住所	
性別	男・女
生年月日	昭和 年 月 日
電話番号	— —

受診券番号	
保険証記号・番号	56
検査医療機関名	
検査月	

## 【同意欄(署名)】

医療機関で実施した検査結果を、八街市に提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏名: \_\_\_\_\_

## 医療機関記載欄

## 医療機関様

青色枠内すべてのご記入をお願いいたします(詳細健診は結果がある場合のみ)。

※令和4年4月1日～令和5年3月31日までの検査結果をご記入ください。令和5年3月31日ご来院の方まで受け付けください。

## 【問診・診察】

既往歴	なし・あり( )
自覚症状	なし・あり( )
他覚症状	なし・あり( )

## 【検査結果】

身体測定	身長	cm
	体重	kg
	BMI	kg/m <sup>2</sup>
	腹囲	cm

肝機能検査	AST(GOT)	U/l
	ALT(GPT)	U/l
	γ-GT(γ-GTP)	U/l
血糖検査 ※1	空腹時血糖	mg/dl
	随時血糖	mg/dl
	HbA1c(NGSP値)	%

医師の判断	異常なし・要指導・要医療・治療中 (特記事項: )
医療機関名	
医師名	

血圧	収縮時血圧	mmHg
	拡張期血圧	mmHg

血中脂質検査 ※2	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
	non-HDL コレステロール	mg/dl
尿検査 ※3	尿糖	- ± + ++ +++
	尿蛋白	- ± + ++ +++

詳細健診 ※4	貧血検査	赤血球数	万/mm <sup>3</sup>
		血色素量(Hb)	g/dl
		ヘマトクリット値(Ht)	%
	腎機能検査	血清クレアチニン(Cr)	mg/dl
		血清尿酸	mg/dl
		eGFR (推定糸球体濾過量)	
心電図		正常範囲・要観察・要医療	
眼底検査		正常範囲・要観察・要医療	

※1:いずれかの記入が必須

※2:LDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合はnon-HDLコレステロールの測定に代えられる

※3:生理中、腎疾患などにより排尿障害のある方は未実施でも可

※4:必須項目ではありません