

# 特定健康診査受診結果通知表

都道府県 番号		医療機関コード							
14	1								

保険証の 記号番号		受診医療 機関名		健診 年月日	
氏名		性別		生年 月日	

既往歴		現在、たばこを 習慣的に吸っている	はい ・ いいえ
服薬歴	a. 血圧を下げる薬    b. インスリン注射又は血糖を下げる薬    c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬		
自覚症状			
他覚症状			

		項目	基準値	健診結果
基本的な健診の項目	身体計測	身長 ( c m )	/	
		体重 ( k g )	/	
		腹囲 ( c m )	男性85未満 女性90未満	
		B M I	18.5 ~ 24.9	
	血圧	収縮期血圧 ( m m H g )	130未満	
		拡張期血圧 ( m m H g )	85未満	
	血中脂質検査	中性脂肪 ( m g / d l )	150未満	
		HDL-コレステロール ( m g / d l )	40以上	
		LDL-コレステロール ( m g / d l )	120未満	
		Non-HDLコレステロール ( m g / d l ) 「LDL-コレステロール」を記入の場合、空白可	150未満	
	肝機能検査	G O T ( I U / l )	30以下	
		G P T ( I U / l )	30以下	
		γ - G T P ( I U / l )	50以下	
	血糖検査 (いずれかの項目の実施で可)	空腹時血糖 ( m g / d l )	100未満	
		H b A 1 c ( N G S P 値・ % )	5.5%以下	
		随時血糖 ( m g / d l )	100未満	
	尿検査	糖	-	<input type="checkbox"/> - ・ <input type="checkbox"/> ± ・ <input type="checkbox"/> + ・ <input type="checkbox"/> 2+ ・ <input type="checkbox"/> 3+以上 ・ <input type="checkbox"/> 測定不能
		蛋 白	-	<input type="checkbox"/> - ・ <input type="checkbox"/> ± ・ <input type="checkbox"/> + ・ <input type="checkbox"/> 2+ ・ <input type="checkbox"/> 3+以上 ・ <input type="checkbox"/> 測定不能

医師の判断	
判断した医師の氏名	

※ 内は必須項目です。記載をしてください。      ※医療機関コードは受診した医療機関のコードを記載してください。  
 ※「医師の判断」の欄は異常が無い場合は、その旨を記載してください。      ※基準値は健康保険組合連合会(けんぽれん)によります。  
 ※HbA1cの表記はNGSP値(国際基準)で記載してください。  
 ※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ます。

# 特定健康診査に係わる質問票

質問項目	回答(該当する□に <input checked="" type="checkbox"/> )	
<b>◆現在、aからcの薬を使用していますか。</b>		
1) a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2) b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3) c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>◆既往歴について</b>		
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。	<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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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(人工透析など)を受けていますか。	<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	
<b>◆たばこ・体重について</b>		
8) 現在、たばこを習慣的に吸っている。 ※「習慣的」とは「吸い始めてから合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っていること」であり、「最近1ヶ月間も吸っていること」をいう	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
9) 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>◆運動習慣について</b>		
10) 1回30分以上の汗をかく運動を週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(と思う)。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>◆食事習慣について</b>		
13) 食事をかんで食べるときの状態はどれにあてはまりますか。	<input type="checkbox"/> なんでもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、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(と思う)。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <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る。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない	
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	
<b>◆飲酒習慣について</b>		
18) お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)	
19) 飲酒日の1日当りの飲酒量 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>日本酒1合(180ml)の目安</td></tr></table> ビール中瓶1本(500ml)、焼酎25度1杯(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	日本酒1合(180ml)の目安	<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
日本酒1合(180ml)の目安		
<b>◆休養について</b>		
20) 睡眠で休養が十分にとれている(と思う)。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>◆生活習慣改善について</b>		
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ヶ月以内) ③近いうち(概ね1ヶ月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	①から⑤のいずれかを選択 <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	
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	