

都道府県番号		医療機関コード					
14	1						

特定健康診査受診結果通知表

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	

※□欄がある場合、該当する欄にチェックをしてください。

既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
服薬歴	<input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> インスリン注射又は血糖を下げる薬 <input type="checkbox"/> コレステロールや中性脂肪を下げる薬 ※いずれかを飲んでいる場合は□欄にチェックをしてください。
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
他覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

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、または合計100本以上吸っている

はい(条件1と条件2を両方満たす) 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) いいえ(左記以外)

項目		基準値	健診結果	
基本的な健診の項目	身体計測	身長(cm)		
		体重(kg)		
		腹囲(cm)	男性 85未満 女性 90未満	
		BMI	18.5 ~ 24.9	
	血圧	収縮期血圧(mmHg)	130未満	
		拡張期血圧(mmHg)	85未満	
	血質検査	中性脂肪(mg/dl)	空腹時 150 随時 175	
		HDL-コレステロール(mg/dl)	40以上	
		LDL-コレステロール(mg/dl)	120未満	
		Non-HDLコレステロール(mg/dl) 「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	GOT (IU/l)	30以下	
		GPT (IU/l)	30以下	
		γ-GTP (IU/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(mg/dl)	100未満	
		HbA1c (NGSP値・%)	5.5%以下	
		随時血糖(mg/dl)	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	<input type="checkbox"/> 特記すべきことなし <input type="checkbox"/> あり()
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。
※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

特

質問項目		回答(該当する□にチェック)
◆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	<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
◆既往歴について		
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
◆たばこ・体重について		
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、または合計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(上記以外)
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
◆運動習慣について		
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
◆食事習慣について		
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。	<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
◆飲酒習慣について		
18)	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 ※「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5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
19)	飲酒日の1日当りの飲酒量 ※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・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml) ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	<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"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
◆休養について		
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
◆生活習慣改善について		
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既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)	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、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