

# 健康診査受診票・長崎県集合契約分

※太枠のみご記入下さい。(健康診査の結果は保健指導や健康相談を実施する以外の目的で使用されることはありません。)

ふりがな 氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
住所 (電話番号)	〒 - ( - - )	
保険者名称	受診券整理番号	
" 番号	被保険者証等記号番号	

既往歴	高血圧 脳卒中 狭心症 心筋梗塞 心不全 虚血性心疾患 その他心臓病 不整脈 循環器の病気 脂質異常症 骨粗鬆症 うつ 腎臓病 糖尿病 貧血 肝臓病 胃・十二指腸潰瘍 尿酸血症 低血圧 がん その他( )		
服薬歴	血圧 インスリン 血糖 コレステロール その他( )	喫煙歴	( )本/日 ( )年間吸っている
自覚症状	胸部圧迫感 心悸亢進・動悸 息切れ 不眠 肩こり 腰痛 手足のしびれ感 目眩 立眩み 頭痛 耳鳴り 調子が悪い 腹が張る 下痢 便秘 下痢と便秘 痔の傾向 その他( )		
他覚症状	眼瞼結膜蒼白 浮腫(眼瞼) 肝臓肥大 浮腫(下腿) 心音不純 不整脈あり その他( )		

項 目		検 査 結 果
基 本 項 目	身 体 測 定	身長 (cm)
		体重 (kg)
		腹囲 (cm)
		BMI
	血 圧	収縮期血圧 (mmHg)
		拡張期血圧 (mmHg)
	血 中 脂 質 検 査	空腹時中性脂肪 (mg/dl)
		随時中性脂肪 (mg/dl)
		HDL-コレステロール (mg/dl)
		LDL-コレステロール <sup>※1</sup> (mg/dl)
		Non-HDL-コレステロール <sup>※1</sup> (mg/dl)
	肝 機 能 検 査	GOT (IU/l)
		GPT (IU/l)
		γ-GTP (IU/l)
	血 糖 検 査 (いずれかのみ実施)	空腹時血糖 <sup>※2</sup> (mg/dl)
		HbA1c (NGSP値) (%)
		随時血糖 <sup>※2</sup> (mg/dl)
	尿 検 査	尿 糖
尿 蛋 白		

※1 LDL コレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又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。  
 ※2 やむを得ず空腹時以外の場合で、HbA1cを測定しない場合には、空腹ではない場合の血糖値(随時血糖値)とする。

■貧血検査・心電図検査・眼底検査・血清クレアチニン検査は医師の判断により実施

詳 細 項 目	貧血検査	赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )	
		血色素量 (g/dl)	
		ヘマトクリット値 (%)	
	心電図検査	所見	
	眼底検査	所見	
	血清クレアチニン検査	血清クレアチニン値(mg/dl)	
eGFR(ml/min/1.73 m <sup>2</sup> )			

メタボリックシンドローム判定	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
----------------	------	-------	-----	------

医師の判断 (詳細項目実施について、 測定不可能・検査未実施 の理由)及び総合診断	
--	--

実 施 日	令和 年 月 日	健診機関番号	4	2	1						
健診機関名 所在地 (電話番号)	〒 ( - - )	医 師 氏 名									

# 健康診査質問票・長崎県集合契約分

氏名		(すべてご記入下さい)
質問項目		回答
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無	
1	a. 血圧を下げる薬を服用していますか。	①はい ②いいえ
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	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を服用していますか。	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、慢性の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）を受けたことがありますか。	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、たばこを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、又は合計100本以上吸っている)	①はい（条件1と条件2を両方満たす） ②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） ③いいえ（①②以外）
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又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何でもかんで食べることができる ②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 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ふつう 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回以上ありますか。	①はい ②いいえ
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)	①毎日 ②週5～6日 ③週3～4日 ④週1～2日 ⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量日本酒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）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5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近いうちに（概ね1か月以内）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）
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。	①はい ②いいえ