

特定健康診査 質問票

保険者番号	保険者名

氏名	
生年月日	
記入日	
電話番号	()
直前の食事からの経過時間	<ul style="list-style-type: none"> ・食後10時間以上 ・食後3.5時間以上10時間未満 ・食後3.5時間未満

※ 各自もれの無いようご記入下さい。

NO	質問項目	選択肢	回答欄
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	①はい ②いいえ	
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	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(人工透析など)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る。	①はい ②いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	①はい ②いいえ	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	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	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	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。	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。	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回以上ある。	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回以上ある。	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	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 日本酒1合(180ml)の目安:ビール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る。	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	

特定健康診査記入表(担当医記録用)

フリガナ	生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏 名	性別/年齢	男・女 歳	受診券番号	
	電話番号	()		

既往歴	1. 特記すべきことあり 2. 特記すべきことなし	[脳卒中(脳出血・脳梗塞等)・心臓病(狭心症・心筋梗塞等)・慢性腎疾患(人工透析)・貧血]
自覚症状	1. 特記すべきことあり 2. 特記すべきことなし	
他覚症状 <small>(*印は65歳以上で二次予防事業の生活機能の確認の場合のみ検査)</small>	1. 特記すべきことあり 2. 特記すべきことなし	貧血 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 心肥大 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 心音 (<input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 正常) 不整脈 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 肝腫大 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) * 口腔内の衛生状態 (<input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 良) * 四肢の大関節の問題 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) * 反復唾液嚥下テスト (30秒間で、 回)

項 目					結 果 (*印は小数点以下1桁まで)			
身体計測	身長 (cm)	体重 (kg)	腹囲 (cm)	B M I (kg/m ²)	*	*	*	*
血圧	収縮期血圧 (mmHg)		拡張期血圧 (mmHg)				実測 自己測定 自己申告	
尿検査	糖		蛋白		- ± + ++ +++		- ± + ++ +++	
心電図検査	所見				1. 所見あり 2. 所見なし			
眼底検査	所見				1. 所見あり 2. 所見なし			

※Keith-Wagener分類、Scheie分類(H・S)、Scott分類、Wong-Mitchell分類、改良Davis分類に従って判定

メタボリックシンドローム判定 (※)	1. 基準該当	2. 予備群該当	3. 非該当	4. 判定不能
保健指導レベル	1. 積極的支援	2. 動機付け支援	3. なし(情報提供)	4. 判定不能

(※) HbA1cのみを測定する場合は、6.0%以上を空腹時血糖110mg/dl以上とみなして、メタボリックシンドローム判定をお願いします。「予備群該当」とは、腹囲基準に追加リスクが1つ(血圧、脂質、血糖のうち)の場合とします。

血液検査結果表貼付欄

総合判定	受診者が特に注意すべき事項・どのような対応が必要か(自由記載)
医師の判断	<input type="checkbox"/> 異常認めず <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 要医療
	貧血検査を実施した理由: <input type="checkbox"/> 貧血の既往歴を有するため(質問票による) <input type="checkbox"/> 貧血が疑われると判断されたため(視診等による) <input type="checkbox"/> 保険者独自の契約内容によるもの
	心電図検査を実施した理由: <input type="checkbox"/> 検査結果による心電図検査対象者 <input type="checkbox"/> 不整脈による心電図検査対象者 <input type="checkbox"/> 保険者独自の契約内容によるもの
	眼底検査を実施した理由: <input type="checkbox"/> 検査結果による眼底検査対象者 <input type="checkbox"/> 保険者独自の契約内容によるもの
	血清クレアチン検査を実施した理由: <input type="checkbox"/> 検査結果による血清クレアチン検査対象者 <input type="checkbox"/> 保険者独自の契約内容によるもの
	食後、採血までの時間 約()時間 [1. 食後10時間以上 2. 食後3.5時間以上10時間未満 3. 食後3.5時間未満]
判断した医師の氏名	