

# 健康診断結果報告書

※これは特定健康診査の受診券ではありません。ご注意ください。

受診期間	令和6年4月1日～令和7年3月31日
------	--------------------

受診者の被保険者証記号・番号	受診者氏名(フリガナ)	生年月日	性別
福医	フリガナ	昭和 年 月 日	男・女

受診年月日	令和 年 月 日	
実施機関	名称	
	所在地	
	担当医師名	

診察	既往歴	1. 特記事項あり( )	2. 特記事項なし
	自覚症状	1. 特記事項あり( )	2. 特記事項なし
	他覚症状	1. 特記事項あり( )	2. 特記事項なし

検査成績	①身体計測		②血圧	
	身長 ( )cm		収縮期(最高)	( )mmHg
	体重 ( )kg		拡張期(最低)	( )mmHg
	BMI ( )			
	腹囲 ( )cm			
	③血中脂質検査			
	中性脂肪 ( )mg/dl	HDL-C ( )mg/dl	<input type="checkbox"/> LDL-C	いずれか ( )mmHg
			<input type="checkbox"/> non-HDL-C	
	④肝機能検査			
	AST(GOT) ( )U/L	ALT(GPT) ( )U/L	$\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP) ( )U/L	
	⑤血糖検査		⑥尿検査	
	空腹時血糖 ( )mg/dl	HbA1c ( )%	尿糖 ( )	
	採血時間		尿蛋白 ( )	
<input type="checkbox"/> 空腹時(食後10時間以上)	<input type="checkbox"/> 随時(食後10時間未満)			
⑦追加健診項目				
尿潜血 ( )	血清尿酸 ( )mg/dl	血清クレアチニン ( )mg/dl		

医師の判断	メタボリックシンドローム判定	1. 基準該当 2. 予備軍該当 3. 非該当 4. 判定不能
	所見	1. 異常認めず 2. 要観察 3. 要指導 4. 治療中 5. 要医療
	判断を実施した医師の氏名	

注意事項	<p>1. <u>検査結果は原則全て記入してください。</u></p> <p>2. この報告書で健診結果を提供していただくと、組合の特定健康診査結果のデータとして登録し、メタボリックシンドロームの階層化を経て、保健指導を利用することができます。</p> <p>3. この報告書は、組合の特定健康診査のデータとして匿名化され、部分的に国へ提出されますので、ご了承の上、報告願います。</p> <p>4. <u>裏面の質問票も、必ず記入してください。</u></p>
------	---

※この申請にかかる個人情報、特定健康診査・特定保健指導以外の目的には使用いたしません。

## 質 問 票 (対象者記入)

受診券整理番号	2 4 5 0 0 0 0					保険者名 福岡県医師国民健康保険組合	00403030
フリガナ					保険者番号		
対象者氏名					生年月日	昭和 年 月 日	性別 男・女
自宅住所	〒 -						
連絡先	TEL ( ) -				FAX ( ) -		

※自宅住所・連絡先については、結果通知の際に必要となりますので必ずご記入下さい

質 問 項 目	回 答
現在、aからcの薬の使用の有無	
1-3 1 a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<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
4 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると 言われたり、治療を受けたことがある。	<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 言われたり、治療を受けたことがある。	<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 言われたり、治療(人工透析等)を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 医師から貧血と言われたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) ② <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) ③ <input type="checkbox"/> いいえ(①②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
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる。 ② <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。 ③ <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。	① <input type="checkbox"/> 速い ② <input type="checkbox"/> 普通 ③ <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ますか。	① <input type="checkbox"/> 毎日 ② <input type="checkbox"/> 時々 ③ <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
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 <input type="checkbox"/> 毎日 ② <input type="checkbox"/> 週5~6日 ③ <input type="checkbox"/> 週3~4日 ④ <input type="checkbox"/> 週1~2日 ⑤ <input type="checkbox"/> 月に1~3日 ⑥ <input type="checkbox"/> 月に1日未満 ⑦ <input type="checkbox"/> やめた ⑧ <input type="checkbox"/> 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)	① <input type="checkbox"/> 1合未満 ② <input type="checkbox"/> 1~2合未満 ③ <input type="checkbox"/> 2~3合未満 ④ <input type="checkbox"/> 3~5合未満 ⑤ <input type="checkbox"/> 5合以上
20 睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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う。	① <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない ② <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) ③ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ