

# 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7年4月1日～令和8年3月31日
------	--------------------

受診者被保険者記号・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

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			
	BMI ( )		拡張期(最低) ( ) mmHg	
	腹囲 ( ) cm			
	③血中脂質検査			
	中性脂肪 ( ) mg/dl	HDL-C ( ) mg/dl	LDL-C ( ) mg/dl	non-HDL-C ( ) mg/dl
	④肝機能検査			
	AST(GOT) ( ) U/L	ALT(GPT) ( ) U/L	γ-GT(γ-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 □空腹時(食後10時間以上) □隨時(食後10時間未満)		尿蛋白 ( )	
	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	1. <u>検査結果は原則全て記入してください。</u>
	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。
	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。
	4. <u>裏面の質問票も、必ず記入してください。</u>
	※この申請にかかる個人情報は、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 5 5 0 0 0 0		保険者名 保険者番号	福岡県医師国民健康保険組合 00403030		
フリガナ			生年月日	昭和 年 月 日	性別	男・女
対象者氏名						
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)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> いいえ(①②以外)	<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		
	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。	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる。 <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> 齒や歯ぐき、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"/> ③ <input type="checkbox"/> ほとんどかめない。	<input type="checkbox"/> いいえ			
	14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない	<input type="checkbox"/> いいえ			
	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)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> 5合以上	<input type="checkbox"/> いいえ			
	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。	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> 改善するつもりである (概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 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、少しづつ始めている <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> 既に改善に取組んでいる (6か月未満) <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6か月以上)	<input type="checkbox"/> いいえ		
		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	