



健康診査受診票(特定健診)

※ 本券の有効期限は 〇 〇 〇 から 〇 〇 〇 までです。

〒	生年月日	受診券整理番号
住所	基準日	性別
フリガナ	年齢	保険番号
氏名	保険の種類	日中連絡のとれる電話/携帯番号 ※連絡先を記入ください

★下記の問診は受診前にご自身でご記入ください。 記入例 ↓

1	血圧を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	[女性への質問] 現在、生理中ですか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射をしていますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	14	人と比較して食べる速度が速いですか。	<input type="radio"/> 速い <input type="radio"/> ふつう <input type="radio"/> 遅い
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	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。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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りますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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="radio"/> 毎日 <input type="radio"/> 時々 <input type="radio"/> ほとんど摂取しない
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りますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析など)を受けたことがありますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか。	<input type="radio"/> 毎日 <input type="radio"/> 時々 <input type="radio"/> ほとんど飲まない(飲めない)
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安: ビール中瓶1本(約500ml)、 焼酎25度(110ml) ウイスキーダブル1杯(60ml)、 ワイン2杯(240ml)	<input type="radio"/> 1合未満 <input type="radio"/> 1合~2合未満 <input type="radio"/> 2合~3合未満 <input type="radio"/> 3合以上
8	現在、タバコを習慣的に吸っていますか。(これまで合計100本以上、又は6か月以上吸っているものであり、最近1か月間も吸っている者)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	20	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。 20歳頃の体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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。右記から1つ選んでください。	<input type="radio"/> 改善するつもりはない。 <input type="radio"/> 改善するつもりである。(概ね6か月以内) <input type="radio"/> 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりで少しずつ始めている。 <input type="radio"/> 既に改善に取り組んでいる。(6か月未満) <input type="radio"/> 既に改善に取り組んでいる。(6か月以上)
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。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ			
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度は速いですか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ			
13	食事をかんで食べる時の状態はどれに当てはまりますか。 <input type="radio"/> 何でもかんで食べることができる <input type="radio"/> 歯や歯茎、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="radio"/> ほとんどかめない				

自覚症状

<input type="radio"/> 特になし	<input type="radio"/> 眼の症状(疲れ、かすみ、新聞の字が読めない、左右の眼の見え方に違いがある、物が歪んで見える)	<input type="radio"/> 家族(父、母、兄弟)が治療している又は治療していた病気
<input type="radio"/> 動悸がする	<input type="radio"/> まぶたや足のむくみ <input type="radio"/> 頭重、頭痛感がある	<input type="radio"/> 高血圧(父・母・兄弟) <input type="radio"/> 糖尿病(父・母・兄弟)
<input type="radio"/> 息切れがする	<input type="radio"/> 手、足の震え、しびれがある <input type="radio"/> めまい、立ちくらみがする	<input type="radio"/> 心臓病(父・母・兄弟) <input type="radio"/> 脳卒中(父・母・兄弟)
<input type="radio"/> 胸が締め付けられる、または押さえつけられる	<input type="radio"/> その他()	<input type="radio"/> 脂質異常症(父・母・兄弟) <input type="radio"/> 腎臓病(父・母・兄弟)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--

氏名 : _____ 性別 : _____
 生年月日 : _____ 基準日年齢 : _____ 歳
 個人ID : _____
 世帯番号 : _____

受診日	_____
受付番号	_____

★ 下記は健診時に使用します。
 記入しないでください。

特定健診

身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	未実施理由 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> その他 ()
体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	
腹囲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	

尿蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+	未実施理由 <input type="checkbox"/> 透析・腎機能障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
尿糖	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+	
尿潜血	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+	

血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
----	--

採血	食後 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 時間
----	--

心電図実施理由	<input type="checkbox"/> 血圧による (収縮期140以上又は拡張期90以上)
	<input type="checkbox"/> 不整脈による
	<input type="checkbox"/> 上記以外に理由による

眼底実施理由	<input type="checkbox"/> 詳細検査の条件に該当 ※血圧収縮期140以上又は拡張期90以上
	<input type="checkbox"/> 詳細検査の条件に該当 ※空腹時血糖126mg/dl、HbA1c6.5以上又は 随時血糖126mg/dl以上
	<input type="checkbox"/> 追加検査の条件に該当

貧血実施理由	<input type="checkbox"/> 詳細検査の条件に該当 ※貧血の既往を有する者、視診などで貧血が 疑われる者(ただし貧血治療中は除く)
	<input type="checkbox"/> 追加検査の条件に該当

クレアチニン	<input type="checkbox"/> 詳細検査の条件に該当 (収縮期130以上又は拡張期85以上)
	<input type="checkbox"/> 追加検査の条件に該当

<医師の診察>

他覚症状 : 所見 なし あり → 眼瞼結膜蒼白 浮腫(眼瞼) 浮腫(下肢) 不整脈 心音異常 その他 ()

個別健診での受診の場合は右記の判定もご記入ください。
 異常なし 要保健指導 要受診勧奨

心電図検査	所見 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	【所見名 : _____】	受診の必要性 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
-------	--	---------------	--

眼底検査	シェイエ分類 H : <input type="text"/> S : <input type="text"/>	所見 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	【所見名 : _____】
			受診の必要性 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

医師のコメント : 【 _____ 】

集団健診時	身体	腹囲	尿検査	血圧	採血	診察
通過確認印	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

心電図	眼底
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

実施機関番号 _____
 医療機関名 _____
 医師名 _____
