

人間ドック・職場の健診を受けられた皆様へ

# 健診結果をご提供下さい！

人間ドックなどの健康診断が特定健診の検査項目を網羅している場合、佐建国保にその結果を提供いただくと、特定健診の受診率に反映することができます。

健診結果をそのまま提出することに抵抗のある場合、この票をご利用下さい。

## 《留意事項》

- ・基本項目の欄は必ず記入下さい。
- ・特定健康診査受診券を使用した健診は、提出する必要はありません。
- ・提供頂いた健診結果は健康管理以外での目的には使用しません。

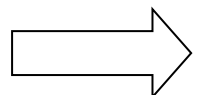


## 特定健診の情報提供書

### 【被保険者記入欄】

被保険者氏名		受診日	令和	年	月	日
基本項目	項目 ( / )は検査実施日を記載 実施月日	検査結果			注意事項	
	身体測定	身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	小数点以下1桁
		体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg	小数点以下1桁
		腹囲	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	小数点以下1桁
	血圧	収縮期血圧	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mmHg	右詰めで記載
		拡張期血圧	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mmHg	右詰めで記載
	血中脂質検査	中性脂肪	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	右詰めで記載
		HDLコレステロール	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	右詰めで記載
		LDLコレステロール	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	右詰めで記載
	肝機能検査	AST (GOT)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	U/l	右詰めで記載
		ALT (GPT)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	U/l	右詰めで記載
		γ-GT (γ-GTP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	U/l	右詰めで記載
	血糖検査	空腹時血糖	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	右詰めで記載
	尿検査	尿糖	1 (-) ・ 2 (±) ・ 3 (+) ・ 4 (++) ・ 5 (+++)			
尿蛋白		1 (-) ・ 2 (±) ・ 3 (+) ・ 4 (++) ・ 5 (+++)				
代替項目	血中脂質検査	Non-HDLコレステロール	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	右詰めで記載
	血糖検査	随時血糖	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	右詰めで記載
		HbA1c (NGSP値)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	小数点以下1桁
任意項目	腎機能検査	血清クレアチニン	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	小数点以下2桁
		eGFR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ml/min/1.73m <sup>2</sup>	小数点以下1桁
	血清尿酸	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	小数点以下1桁	
医師名	医療機関名					

質問票も記入をお願いいたします。



【質問票（被保険者記入欄）】

○ 今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。（該当するものに○を記入下さい。）

<input type="checkbox"/>	動悸・息切れ
<input type="checkbox"/>	目が疲れやすい
<input type="checkbox"/>	立ち眩みがする

<input type="checkbox"/>	せきが多い
<input type="checkbox"/>	たんが多い
<input type="checkbox"/>	長く続く頭痛

<input type="checkbox"/>	腰痛・背部痛
<input type="checkbox"/>	手足のむくみ
<input type="checkbox"/>	喉が渇く

<input type="checkbox"/>	便秘気味
<input type="checkbox"/>	残尿感がある
<input type="checkbox"/>	頻尿

<input type="checkbox"/>	体がむくむ
<input type="checkbox"/>	食欲が無い
<input type="checkbox"/>	耳鳴りがする

○ 今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。

既往症	治療中	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高血圧
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖尿病
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脂質異常症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痛風
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳出血・脳梗塞

既往症	治療中	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胃炎
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胃潰瘍
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胃・大腸ポリープ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	急性肝炎
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不整脈

既往症	治療中	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	椎間板ヘルニア
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	関節リウマチ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	気管支喘息
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	慢性気管支炎

既往症	治療中	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	慢性腎不全
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	尿路結石
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	白内障
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	狭心症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	β <sup>2</sup> 阻害薬除菌治療

項目	質問事項	回答欄			
		該当する番号を○で囲んでください			
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	1	はい	2	いいえ
2	現在、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	現在、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、慢性腎不全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。(※今までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っており最近1ヶ月間も吸っている方)	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(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は、どのくらいですか。	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日当たりの飲酒量は、どのくらいですか。 清酒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)	1	1合未満		
		2	1～2合未満		
		3	2～3合未満		
		4	3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