

令和07年度 長寿健康診査票（個別健診）

健診受診日	令和 年 月 日
受診券番号	
保険証番号	

フリガナ		生 年 月 日	
氏 名		性別 / 年齢	歳 (. . 現在)
住 所		電 話 番 号	

【自覚症状】 最近（1～2ヶ月以内）の生活の中であてはまる症状があれば記入してください。		
☐ 動悸・息切れ	☐ のどがよく乾く	☐ 脈のみだれ
☐ 胸をしめつける痛み	☐ めまい・立ちくらみ	☐ 手足の冷え
☐ 手足のしびれ・痛み	☐ むくみ	☐ 舌のむつれ
☐ 手足のまひ	☐ 耳鳴り	☐ よく眠れない

【身体計測】		【尿検査】（－～3＋）		【血圧測定】 mmHg	
身 長	cm	糖		1回目	2回目
体 重	kg	蛋 白		/	/
B M I		尿潜血			

【採血時間】		【医師診察】	
☐ 食後10時間以上	☐ 結膜貧血	☐ 呼吸音異常	☐ 頸部リンパ節腫脹
☐ 食後3.5時間以上10時間未満	☐ 心音異常	☐ 甲状腺腫脹	☐ 皮膚病変
☐ 食後3.5時間未満	☐ 脈拍異常	☐ 浮腫	☐ その他（ ）

【血液検査】		* 医師の判断による選択項目（詳細な健診）	
検 査 項 目	結 果	☐ 貧 血	☐ 心電図 ☐ 眼 底
血中脂質 検査	空腹時中性脂肪(TG) (食後10時間以上)	mg/dl	☐ 血清クレアチニン
	随時中性脂肪 (食後3.5時間以上10時間未満)	mg/dl	* 医師の判断によらない選択項目
	随時中性脂肪 (食後3.5時間未満)	mg/dl	☐ 心電図
	HDL-コレステロール	mg/dl	☐ 血清クレアチニン
	LDL-コレステロール	mg/dl	* 尿検査の測定不可能・検査未実施の理由
	non-HDLコレステロール	mg/dl	☐ 腎疾患等の基礎疾患がある
肝 機 能 検 査	AST (GOT)	U/l	☐ ため、排尿障害を有する
	ALT (GPT)	U/l	☐ その他
	γ-GT (γ-GTP)	U/l	
	血清アルブミン	g/dl	
腎臓検査	尿酸 (UA)	mg/dl	
	クレアチニン (CRE)	mg/dl	
血糖検査	空腹時血糖 (FBS) (食後10時間以上)	mg/dl	【総合判定】
	随時血糖 (食後3.5時間以上10時間未満)	mg/dl	☐ 異常認めず
	HbA1c (NGSP値)	%	☐ 要指導
	赤血球	万/mm ³	☐ 受診勧奨（紹介状作成）
貧血検査	血色素	mg/dl	☐ 治療継続
	ヘマトクリット値	%	
	心電図	1 所見なし 2 所見あり（ ）	
		医療機関名	
		医師名	

【質問票】

受診者氏名:

質 問 事 項		回 答 欄 あてはまる番号に○をつけてください。	
0	今、体調の悪いところがありますか	1. はい ()	2. いいえ
1	A: 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	B: 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	C: 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りますか。	1. はい	2. いいえ
8	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない	
9	毎日の生活に満足していますか。	1. 満足 2. やや満足 3. やや不満 4. 不満	
10	1日3食きちんと食べていますか。	1. はい	2. いいえ
11	半年前に比べて固いもの(※)が食べにくくなりましたか。 ※さきいか、たくあんなど	1. はい	2. いいえ
12	お茶や汁物等でむせることがありますか。	1. はい	2. いいえ
13	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	1. はい	2. いいえ
14	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	1. はい	2. いいえ
15	この1年間に転んだことがありますか。	1. はい	2. いいえ
16	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	1. はい	2. いいえ
17	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われて いますか。	1. はい	2. いいえ
18	今日が何月何日かわからない時がありますか。	1. はい	2. いいえ
19	あなたはたばこを吸いますか。	1. 吸っている 2. 吸っていない 3. やめた	
20	週に1回以上は外出していますか。	1. はい	2. いいえ
21	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	1. はい	2. いいえ
22	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	1. はい	2. いいえ

●質問票はご本人が御記入ください。ただし、ご記入が不自由な方の場合には代筆で結構です。