

令和08年度 特定健康診査票（個別健診）

健診受診日	令和 年 月 日
受診券番号	
保険証番号	

フリカゝナ		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	☐ 舌のもつれ
☐ 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	
腹 囲 cm		

【採血時間】	【医師診察】	
☐ 食後10時間以上	☐ 結膜貧血	☐ 呼吸音異常
☐ 食後3.5時間以上10時間未満	☐ 心音異常	☐ 甲状腺腫脹
☐ 食後3.5時間未満	☐ 脈拍異常	☐ 浮腫
		☐ 頸部リンパ節腫脹
		☐ 皮膚病変
		☐ 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	
血中脂質検査	空腹時中性脂肪(TG) (食後10時間以上)	mg/dl	☐ 心電図
	随時中性脂肪 (食後3.5時間以上10時間未満)	mg/dl	☐ 眼底
	随時中性脂肪 (食後3.5時間未満)	mg/dl	☐ 血清クレアチニン
	HDL-コレステロール	mg/dl	
	LDL-コレステロール	mg/dl	
	non-HDLコレステロール	mg/dl	
肝機能検査	AST (GOT)	U/l	* 医師の判断によらない選択項目
	ALT (GPT)	U/l	☐ 心電図
	γ-GT (γ-GTP)	U/l	☐ 血清クレアチニン
	血清アルブミン	g/dl	
腎臓検査	尿酸(UA)	mg/dl	* 尿検査の測定不可能・検査未実施の理由
	クレアチニン(CRE)	mg/dl	☐ 生理中
血糖検査	空腹時血糖(FBS) (食後10時間以上)	mg/dl	☐ 腎疾患等の基礎疾患がある
	随時血糖 (食後3.5時間以上10時間未満)	mg/dl	☐ ため、排尿障害を有する
	HbA1c (NGSP値)	%	☐ その他
貧血検査	赤血球	万/mm3	
	血色素	mg/dl	
	ヘマトクリット値	%	
心電図	1 所見なし 2 所見あり（ ）		【総合判定】
			☐ 異常認めず
			☐ 要指導
			☐ 受診勧奨（紹介状作成）
			☐ 治療継続
			医療機関名
			医師名

【質問票】		受診者氏名:	
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	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. はい(条件1と条件2を満たす) 2. 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. いいえ(①②以外)	
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、かみ合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. 普通 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（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. 毎日 3. 週3～4日 5. 月に1～3日 7. やめた	2. 週5～6日 4. 週1～2日 6. 月に1日未満 8. 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. 1合未満 3. 2～3合未満 5. 5合以上	2. 1～2合未満 4. 3～5合未満
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	1. はい	2. 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すか。	1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである(概ね6か月以内) 3. 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. すでに改善に取り組んでいる(6か月未満) 5. すで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。	1. はい	2. いいえ

※なお、市町村国民健康保険は保健指導の対象者に対し、法律に基づき保健指導を実施することとなっております。