

令和 年度 治療中の方の特定健康診査等情報提供票

|              |   |                   |               |  |     |
|--------------|---|-------------------|---------------|--|-----|
| フリガナ         |   | 生年月日<br>(年齢)      |               | 性別<br>1:男 2:女                            |     |
| 名前           |   |                   |               |  |     |
| 被保険者記号<br>番号 |   |                   | 今年度の特定健診受診の有無 |  | 有・無 |
| 受診者住所        | 〒 |                   |               |  |     |
| 保険者番号        |   | 特定健康診査<br>受診券整理番号 |               | ※1 受診券紛失の場合チェック <input type="checkbox"/> |     |
| 健診機関番号       |   | 機関名               |               |  |     |

※1 受診券紛失欄にチェックされた場合でも後に健診を受診していることが判明した場合、情報提供料が支払われないことがあります。

【問診等】

|         |                                  |
|---------|----------------------------------|
| 既往歴     | 1:有 ( ) 2:無                      |
| 自覚症状    | 1:有 ( ) 2:無                      |
| 他覚症状    | 1:有 ( ) 2:無                      |
| 服薬状況    | A. 高血圧に対する薬 1:有 2:無              |
|         | B. 高血糖(糖尿)に対する薬 1:有 2:無          |
|         | C. 脂質代謝に対する薬 1:有 2:無             |
| 現在の喫煙状況 | 1:有 2:以前は吸っていたが、最近1ヶ月は吸っていない 3:無 |

【基本的な検査項目】

| 検査項目              | 検査年月日※                     | 検査結果                           |
|-------------------|----------------------------|--------------------------------|
| 身体計測              | 身長 令和 年 月 日                | c m                            |
|                   | 体重 令和 年 月 日                | k g                            |
|                   | BMI 令和 年 月 日               | k g/m <sup>2</sup>             |
|                   | 腹囲(後期は記載不要) 令和 年 月 日       | c m                            |
| 血圧                | 収縮期血圧 令和 年 月 日             | mmHg                           |
|                   | 拡張期血圧 令和 年 月 日             | mmHg                           |
| 血中脂質検査            | 中性脂肪※2 令和 年 月 日            | 空腹時 / 随時 mg/d l                |
|                   | HDL-コレステロール 令和 年 月 日       | mg/d l                         |
|                   | LDL-コレステロール 令和 年 月 日       | mg/d l                         |
| 肝機能検査             | AST (GOT) 令和 年 月 日         | I U/l                          |
|                   | ALT (GPT) 令和 年 月 日         | I U/l                          |
|                   | γ-GT (γ-GTP) 令和 年 月 日      | I U/l                          |
| 血糖検査<br>(いずれかの項目) | 空腹時血糖※2 令和 年 月 日           | 空腹時 / 随時 mg/d l                |
|                   | ヘモグロビンA1c (NGSP値) 令和 年 月 日 | %                              |
| 尿検査               | 糖 令和 年 月 日                 | 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++         |
|                   | たんぱく 令和 年 月 日              | 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++         |
|                   | 測定不可能・検査未実施時の理由            | 1:生理中 2:腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する |
| 腎機能検査<br>(任意)     | 血清クレアチニン 令和 年 月 日          | mg/d l                         |
|                   | 血清尿酸 令和 年 月 日              | mg/d l                         |

※2 空腹時(食後10時間以上)・随時(食後3.5時間以上10時間未満)に○を記入してください。

※3 医師の総合判断日から3か月以内に実施された検査を記載してください。

|                |   |
|----------------|---|
| 上記結果を踏まえた医師の所見 | <input type="checkbox"/> 治療中(データ提供)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|----------------|---|

(医師の総合判断日)

令和 年 月 日 医療機関所在地  
医療機関名  
医師名

印

|                                  |                        |
|----------------------------------|------------------------|
| 本情報を医療機関から私の医療保険者へ情報提供することに同意します | 令和 年 月 日<br>名前<br>(自筆) |
|----------------------------------|------------------------|

|    |  |       |  |
|----|--|-------|--|
| 名前 |  | 受診券番号 |  |
|----|--|-------|--|

### 後期高齢者健康診査質問票

受診されます前に、質問項目の回答欄の該当する項目に○を記入してください。

| NO | 質問項目                                       | 回答欄   |
|----|--|---|
| 1  | 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<br>④あまりよくない          ⑤よくない |
| 2  | 毎日の生活に満足していますか                             | ①満足          ②やや満足<br>③やや不満      ④不満                    |
| 3  | 1日3食きちんと食べていますか                            | ①はい          ②いいえ                                       |
| 4  | 半年前に比べて固いもの（※）が食べにくくなりましたか<br>※さきいか、たくあんなど | ①はい          ②いいえ                                       |
| 5  | 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                                       |
| 6  | 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                                       |
| 7  | 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                                       |
| 8  | この1年間に転んだことがありますか                          | ①はい          ②いいえ                                       |
| 9  | 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                                       |
| 10 | 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<br>言われていますか   | ①はい          ②いいえ                                       |
| 11 | 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                                       |
| 12 | 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<br>③やめた                             |
| 13 | 週に1回以上は外出していますか                            | ①はい          ②いいえ                                       |
| 14 | 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                                       |
| 15 | 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                                       |