

平成31年度(令和元年度) 健康診断結果報告書

(特定健診結果として登録します)

受診者の被保険者証記号・番号	受診者氏名 (フリガナ)	生年月日	性別	有効期間
福医	フリガナ 印	昭和 年 月 日	男・女	自 2019年4月1日 至 2020年3月31日
※報告者(事業主)の氏名 並びに医療機関名	フリガナ 印	医療機関名		

↑受診者本人が報告する場合は※報告者(事業主)の記入の必要はありません。

受診年月日	年 月 日
実施機関	名称
	所在地
	担当医師名

診察	既往歴	1. 特記事項あり ()	2. 特記事項なし
	自覚症状	1. 特記事項あり ()	2. 特記事項なし
	他覚症状	1. 特記事項あり ()	2. 特記事項なし

検査成績	身体計測		血 圧		血液化学検査		肝機能検査	
	身長 () cm		最高		中性脂肪		AST (GOT)	
	体重 () kg		() mmHg		() mg/dl		() U/L	
	BMI ()		最低		HDL-C		ALT (GPT)	
	腹囲 () cm		() mmHg		() mg/dl		() U/L	
	採血時間				(いずれか)			
	<input type="checkbox"/> 空腹時(食後10h以上)	<input type="checkbox"/> 随時(食後3.5h~10h未満)			LDL-C	Non-HDL-C	γ-GTP	
	<input type="checkbox"/> 食後3.5h未満				() mg/dl	() mg/dl	() U/L	
	血糖検査 (いずれか)				尿 (定性)			
	空腹時血糖	随時血糖	HbA1c		尿糖		尿蛋白	
() mg/dl	() mg/dl	()% [NGSP値]		()		()		

医師の判断	メタボリック シンドローム判定	1. 基準該当 2. 予備軍該当 3. 非該当 4. 判定不能
	所 見	1. 異常認めず 2. 要観察 3. 要指導 4. 治療中 5. 要医療
	判断を実施した医師の氏名	

注 意 事 項	1. (いずれか) 以外の項目はすべて記入してください。
	2. 健診実施時点で当組合の資格が無い方は報告できません。
	3. この報告書で健診結果を提供していただくと、組合の特定健康診査のデータとして登録し、メタボリックシンドロームの階層化を経て、保健指導を利用することができます。
	4. この報告書は、組合の特定健康診査のデータとして匿名化され、部分的に国へ提出されますので、ご了承の上、報告願います。
	5. 裏面の質問票も、必ず記入してください。

※この申請にかかる個人情報、特定健康診査・特定保健指導以外の目的には使用いたしません。

質 問 票(対象者記入)

受診券整理番号	1 9 5 0 0 0 0	保険者名	福岡県医師国民健康保険組合		
		保険者番号	00403030		
フリガナ		生年月日	昭和	年	月 日
対象者氏名		性別			男・女
自宅住所	〒 -				
連絡先	Tel () -		FAX () -		

※自宅住所・連絡先も必ずご記入下さい

質問項目		回 答	
		① はい	② いいえ
現在、aからcの薬の使用の有無			
1-3	1 a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると 言われたり、治療(人工透析等)を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	医師から貧血と言われたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は 6ヶ月以上喫煙している者」であり、最近1ヶ月も喫煙している者)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる。 ② <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ほとんどかめない。	
14	人と比較して食べる速度が速い。	① 速い <input type="checkbox"/> ② 普通 <input type="checkbox"/> ③ 遅い <input type="checkbox"/>	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> ② 時々 <input type="checkbox"/> ③ ほとんど摂取しない <input type="checkbox"/>	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒等)を飲む頻度	① 毎日 <input type="checkbox"/> ② 時々 <input type="checkbox"/> ③ ほとんど飲まない(飲めない) <input type="checkbox"/>	
19	飲酒日の1日当たりに飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安:ビール約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	<input type="checkbox"/>
		② 1~2合未満	<input type="checkbox"/>
		③ 2~3合未満	<input type="checkbox"/>
		④ 3合以上	<input type="checkbox"/>
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思う。	① 改善するつもりはない	<input type="checkbox"/>
		② 改善するつもりである (概ね6ヶ月以内)	<input type="checkbox"/>
		③ 近いうちに改善するつもりであり、 少しずつ始めている (概ね1ヶ月以内)	<input type="checkbox"/>
		④ 既に改善に取り組んでいる (6ヶ月未満)	<input type="checkbox"/>
		⑤ 既に改善に取り組んでいる (6ヶ月以上)	<input type="checkbox"/>
22	生活習慣の改善について、保健指導を受ける機会があれば利用する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>