

# 特定健康診査項目の結果通知票

東京都医師国民健康保険組合

フリガナ		1. 男	登録健診機関番号												
氏名		2. 女	健診年月日	2	0		年		月		日				
生年月日	昭和	年	月	日	(	歳)	受診券有効期限	2	0		年		月		日
住所	〒						受診券整理番号								
							保険者番号	00133223							
							被保険者証等 記号番号	記号	86-		番号	枝番			

## ◆ 既往歴・自覚症状・他覚症状

既往歴	1. あり	(病歴: ①高血圧 ②低血圧 ③不整脈 ④高脂質血症 ⑤高尿酸血症 ⑥腎不全以外の腎疾患 ⑦糖尿病 ⑧肝臓病 ⑨胃・十二指腸潰瘍 ⑩うつ ⑪骨粗鬆症 )	2. なし
自覚症状	1. あり	(病歴: ①胸部圧迫感 ②心悸亢進・動悸 ③息切れ ④不眠 ⑤肩こり・腰痛 ⑥手足のしびれ感 ⑦目眩・立眩み ⑧頭痛・耳鳴り ⑨いつも調子が悪い ⑩胸が張っている ⑪下痢 ⑫便秘 ⑬下痢と便秘 ⑭痔の傾向 )	2. なし
他覚症状	1. あり	(病歴: ①眼瞼結膜蒼白(+) ②浮腫・眼瞼(+) ③肝臓肥大(+) ④浮腫・下腿 ⑤心音不純 ⑥不整脈あり )	2. なし

## ◆ 基本検査項目

		保健指導 判定値	受診勧奨 判定値	測定 不能
身体計測	身長	cm	***	
	体重	kg	***	
	腹囲	cm	M:85, F:90以上	
	BMI		25以上	
血圧測定	収縮期	mmHg	130以上	140以上
	拡張期	mmHg	85以上	90以上
	1. 1回目 2. 2回目 3. その他			
血中脂質	中性脂肪 空腹時	mg/dl	150以上	300以上
	随時	mg/dl	175以上	300以上
	HDL-コレステロール	mg/dl	39以下	34以下
	LDL-コレステロール	mg/dl	120以上	140以上
肝機能	non-HDL コレステロール	mg/dl	150以上	170以上
	AST(GOT)	U/l	31以上	51以上
	ALT(GPT)	U/l	31以上	51以上
糖尿病	γ-GTP	U/l	51以上	101以上
	血糖値	mg/dl	100以上	126以上
	1. 空腹 2. 随時			
尿検査	HbA1c	%	5.6以上	6.5以上
	糖		1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++	
	たん白		1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++	

## ◆ 詳細な健診

		保健指導 判定値	受診勧奨 判定値	測定 不能
貧血検査	ヘマトクリット	%	M:36.0~36.9 F:29.0~34.9	M:35.9以下 F:28.9以下
	血色素量	g/dl	M:13.0以下 F:12.0以下	M:12.0以下 F:11.0以下
	赤血球	万/mm <sup>3</sup>	M:380~409 F:330~379	M:379以下 F:329以下
実施理由	1. 既往歴により 2. 医師の診察結果			

心電図	所見なし	
	所見あり [1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精検]	
実施理由	1. 健診結果 2. 医師の診察結果	

眼底検査	所見なし・所見あり					
	kw	1. 0	2. I	3. IIa	4. IIb	5. III 6. IV
	シエイS	1. 0	2. 1	3. 2	4. 3	5. 4
	シエイH	1. 0	2. 1	3. 2	4. 3	5. 4
実施理由	1. 健診結果 2. 医師の診察結果					

血清 クレアチニン	血清 クレアチニン	mg/dl	
	eGFR	ml/min/1.73m <sup>2</sup>	
実施理由	1. 健診結果 2. 医師の診察結果		

## ◆ 医師の判断

[所見]
1. 異常認めず 2. 要観察 3. 要指導 4. 治療中 5. 要医療
フリガナ
医師名

## ◆ メタボリックシンドローム判定

メタボリックシンドローム判定
1. 基準該当
2. 予備群該当
3. 非該当
4. 判定不能

# 健康診査問診票

東京都医師国民健康保険組合

氏名		
生年月日		生

◆ 下記の質問に回答してください。(あてはまる番号に○印をつけてください。)

1～3は、現在薬の使用の有無(医師の判断・治療のもとで服薬中のもの)		
1	血圧を下げる薬	① はい ② いいえ
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射	① はい ② いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬	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る。	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ヶ月間吸っている 条件2:生涯で6ヶ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	① はい(条件1・2両方を満たす) ② 以前は吸っていたが最近1ヶ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以上増加している。	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	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	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。	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。	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回以上ある。	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回以上ある。	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」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 ② 週5～6日 ③ 週3～4日 ④ 週1～2日 ⑤ 月に1～3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた 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・500ml、同7度・約350ml)	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3～5合未満 ⑤ 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	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せんか。	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ヶ月以内) ③ 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている。 ④ 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ⑤ 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
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