

◆◆ 健診結果記入票 ◆◆

健診結果の提出方法は、以下の①～③のいずれかの方法でお願いいたします。

- ①: 検査結果の原本（コピーした後にお返しします）と、この記入票の太枠内のみ記入の上、同封の返信用封筒に入れて送ってください。
- ②: 検査結果のコピーと、この記入票の太枠内のみ記入の上、同封の返信用封筒に入れて送ってください。
- ③: 健診結果の原本またはコピーを同封されない方は、この記入票の太枠内と検査結果を記入の上、同封の返信用封筒に入れて送ってください。

提出の際は下記の事項に同意したものとします。

- (1) 大牟田市国民健康保険特定健康診査の実施に代えること。
- (2) 保健指導や健診結果データの集約・分析等、国民健康保険や健康診査に関する事業に必要な情報（住民基本台帳、市税等の納付）の確認及び調査に活用すること。

〈この太枠内は必ずご記入ください〉

氏 名	
住 所	
生年月日	連絡先電話
項目に未記入があった時は、電話で確認させて頂く場合がありますので、連絡先を必ずご記入願います。	
下記の質問の該当する項目に○をしてください。	
(1) 血圧を下げる薬を飲んでいませんか。	はい ・ いいえ
(2) インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいませんか。	はい ・ いいえ
(3) コレステロールを下げる薬を飲んでいませんか。	はい ・ いいえ
(4) たばこを習慣的に吸っていますか。	はい ・ いいえ
(1ヶ月以上禁煙している方は、いいえとお答えください。)	
*身長 (c m)	*血圧 (/)
*体重 (k g)	心電図 (所見あり ・ 所見なし)
*腹囲 (c m)	眼底検査 (所見あり ・ 所見なし)
尿検査 *糖 - ・ ± ・ + ・ 2+ ・ 3+	*医療機関名 ()
*蛋白 - ・ ± ・ + ・ 2+ ・ 3+	*医師名 ()
潜血 - ・ ± ・ + ・ 2+ ・ 3+	

検査年月日	令和 年 月 日			
脂質	*中性脂肪: (TG・トリグリセリド) (空腹時・随時) どちらかに○ mg/dl	*HDL: mg/dl	*LDL: mg/dl	総コレステロール: mg/dl
肝機能	*AST (GOT): U/LI	*ALT (GPT): IU/L	*γ-GT (γ-GTP): IU/L	
腎機能 痛風	血清クレアチニン (CRE・Cr): mg/dl	e-GFR: %		尿酸 (UA) mg/dl
血糖	*空腹時血糖 (GLU): mg/dl	随時血糖 (GLU): mg/dl		*HbA1c (ヘモグロビンA1c): %
貧血	ヘマトクリット (Ht・HCT): %	血色素 (Hb・Hg・Hgb・ヘモグロビン): g/dl		赤血球 (RBC): /mm ³

検査結果（医療機関等から受け取られた健診結果の原本またはコピーを同封されない方は必ず記入してください）

*印の付いている項目は、特定健診に必要な項目です。

質問票

質問票は、健診前に必ず記入してください。（※回答欄の当てはまる番号に○印をつけてください。）

質問項目		回答
1～3	現在、a～cの薬を服薬していますか。	
1	a. 血圧を下げる薬	① はい ② いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	① はい ② いいえ
3	c. 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）にかかっていると言われたり、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）にかかっていると言われたり、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言われたり、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、貧血と言われたことはありますか。	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。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	① はい（条件1と条件2を両方満たす） ② 以前吸っていたが、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当てはまりますか。	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみ合わせ等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、食べる速度はどれくらいですか。	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・洋酒等）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 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日当たりの飲酒量はどの程度ですか。 【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・約60ml） 缶チューハイ（同5度・約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 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤ 既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