

大牟田市 20代30代健康診査結果報告書

荒尾市医療機関用

※ 健診結果は来年の健診に必要な場合があります。大切に保管しましょう。
 ※ 健診結果をもとに、大牟田市の保健師等が保健指導を行なうことがあります。

受診券番号
 被保険者番号

受診日	年 月 日	住 所	〒 大牟田市	
ふりがな			性 別	
氏 名		□ 男 □ 女		
生 年 月 日	S・H 年 月 日 () 歳	電 話	- -	
既 往 歴	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高脂質血症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎不全以外の腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症			
服 薬 歴	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり(高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常)		喫 煙 歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
自 覚 症 状	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 胸部圧迫感 <input type="checkbox"/> 心臓の鼓動が激しい <input type="checkbox"/> 動機がする <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 肩こり・腰痛 <input type="checkbox"/> 手足のしびれ感 <input type="checkbox"/> めまい・立ちくらみ <input type="checkbox"/> いつも調子が悪い <input type="checkbox"/> 腹が張っている <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢と便秘 <input type="checkbox"/> 痔			
他 覚 症 状				

本人記入欄

項 目		基 準 範 囲	結 果
身 体 計 測	身 長 (c m)		
	体 重 (k g)		
	腹 囲 (c m)	男性85未満 女性90未満	
	B M I	25.0未満	
血 圧	収 縮 期 血 圧 (m m H g)	130未満	
	拡 張 期 血 圧 (m m H g)	85未満	
血 中 脂 質 検 査	中 性 脂 肪 (m g / d l)	150未満	
	H D L - コレステロール (m g / d l)	40以上	
	L D L - コレステロール (m g / d l)	120未満	
	N o n - H D L コレステロール (m g / d l)	150未満	
肝 機 能 検 査	A S T (G O T) (I U / l)	31未満	
	A L T (G P T) (I U / l)	31未満	
	γ - G T (I U / l)	51未満	
血 糖 検 査	空 腹 時 血 糖 (m g / d l)	100未満	
	ヘ モ グ ロ ビ ン A1c (%)	5.6未満	
	食 後 時 間		<input type="checkbox"/> 10時間以上 <input type="checkbox"/> 食後3.5時間以上10時間未満 <input type="checkbox"/> 食後3.5時間未満(食直後)
尿 検 査	糖	(-)	<input type="checkbox"/> (-) ・ <input type="checkbox"/> (±) ・ <input type="checkbox"/> (+) ・ <input type="checkbox"/> (2+) ・ <input type="checkbox"/> (3+)
	蛋 白	(-)	<input type="checkbox"/> (-) ・ <input type="checkbox"/> (±) ・ <input type="checkbox"/> (+) ・ <input type="checkbox"/> (2+) ・ <input type="checkbox"/> (3+)
	潜 血	(-)	<input type="checkbox"/> (-) ・ <input type="checkbox"/> (±) ・ <input type="checkbox"/> (+) ・ <input type="checkbox"/> (2+) ・ <input type="checkbox"/> (3+)
腎 機 能 検 査	クレアチニン (m g / d l)	男性1.0以下 女性0.7以下	
	eGFR (m l / m i n / 1.73 m ²)	60以上	
	尿 酸 (m g / d l)	7.1未満	
貧 血 検 査	赤血球数 (万 / μ l)	男性400~539 女性360~489	
	血色素量 (g / d l)	男性13.1~16.3 女性12.1~14.5	
	ヘマクリット値 (%)	男性38.5~48.9 女性35.5~43.9	
心電図検査	所見	<input type="checkbox"/> 所見あり → 判定区分 <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 具体的な所見 () 判定区分はミネソタコードを使用	
メタボリックシンドローム判定	<input type="checkbox"/> 基準該当 <input type="checkbox"/> 予備群該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
医師の判断 (健診結果を踏まえた医師所見)	判定 : <input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 要医療		
結果説明日	年 月 日	医療機関名	医療機関コード()
健康手帳	交付 持参	判断した医師の氏名	

医 療 機 関 記 入 欄

大牟田市20代30代健康診査結果報告書(質問票 本人記入欄)

※健康診査を受ける前に必ず質問票の記入をしておいてください。

※記入日を記載し、該当する番号に○印を付けてください。

質問項目		記入日	
		年	月 日
1~3	現在、a~cの薬を服用していますか。	① はい	② いいえ
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。 条件1:最近1か月間吸っている。 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と条件2を両方満たす) 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 (条件1、条件2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