

# 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	性別 性 別	住所 〒 大牟田市
ふりがな			
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 <input type="checkbox"/> その他		
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) <input type="checkbox"/> 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 (cm)		
	体重 (kg)		
	腹囲 (cm)	男性85未満 女性90未満	
血圧	B M I	25.0未満	
	収縮期血圧 (mmHg)	130未満	
血中脂質検査	拡張期血圧 (mmHg)	85未満	
	中性脂肪 (mg/dl)	150未満	
	HDL - コレステロール (mg/dl)	40以上	
	LDL - コレステロール (mg/dl)	120未満	
肝機能検査	Non - HDLコレステロール (mg/dl)	150未満	
	A S T ( G O T ) (IU/l)	31未満	
	A L T ( G P T ) (IU/l)	31未満	
血糖検査	γ - GT (IU/l)	51未満	
	空腹時血糖 (mg/dl)	100未満	
	ヘモグロビン A1c (%)	5.6未満	
尿検査	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)
	糖	(-)	□(-)・□(±)・□(+) □(2+)・□(3+)
	蛋白	(-)	□(-)・□(±)・□(+) □(2+)・□(3+)
腎機能検査	潜血	(-)	□(-)・□(±)・□(+) □(2+)・□(3+)
	クレアチニン (mg/dl)	男性1.0以下 女性0.7以下	
	eGFR (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	60以上	
貧血検査	尿酸 (mg/dl)	7.1未満	
	赤血球数 (万 / μl)	男性400~539 女性360~489	
	色素量 (g / dl)	男性13.1~16.3 女性12.1~14.5	
心電図検査	ヘマクリット値 (%)	男性38.5~48.9 女性35.5~43.9	
	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	
詳細な健診項目	眼底検査	<input type="checkbox"/> 所見あり → KW:□0 □I □IIa □IIb □III □IV ScheisS:□0 □I □II □III □IV <input type="checkbox"/> 所見なし ScheisS:□0 □I □II □III □IV	
	眼底検査を実施した理由等		
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
		回答	
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)にかかっているとされたり、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)にかかっているとされたり、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されたり、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 早い	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1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