

大牟田市生活習慣病健康診査 質問票 本人記入欄
〔生活保護受給者等を対象とした健康診査・若年者健康診査〕

※生活習慣病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。

質問票		記入日	
		年	月 日
質問項目		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	② いいえ
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)	① 毎日 ③ 週3~4日 ⑤月に1~3日 ⑦やめた	② 週5~6日 ④週1~2日 ⑥月に1日未満 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)】	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3~5合未満 ⑤5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

大牟田市 生活習慣病健康診査健診票
〔該当する健康診査名の□をチェック〕

(様式第1号)

① 大牟田市提出用

生活保護受給者等を対象とした健康診査 若年者健康診査

個人負担金	
無料	<input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 市民税非課税

※ 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。

受診日	年 月 日	性別	住所	〒	大牟田市
ふりがな		性別			
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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					

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
	AST (GOT) (IU/l)	31未満
	ALT (GPT) (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	随時血糖 (mg/dl)	100未満
	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+)
腎機能検査	潜血	(-) <input type="checkbox"/> (-)・ <input type="checkbox"/> (±)・ <input type="checkbox"/> (+)・ <input type="checkbox"/> (2+)・ <input type="checkbox"/> (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 ²)	60以上

※詳細な健診項目	貧血検査	赤血球数 (万/μl)	男性400~539 女性360~489
	<input type="checkbox"/> 貧血を有する者	血色素量 (g/dl)	男性13.1~16.3 女性12.1~14.5
	<input type="checkbox"/> 視診等で貧血疑いの者	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
眼底検査	所見	<input type="checkbox"/> 所見あり → KW: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ScheieS: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 所見なし ScheieH: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
心電図及び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
健康手帳	1 交付 2 持参
医療機関名	
医療機関コード ()	
判断した医師の氏名	

医療機関
記入欄
本人記入欄
医療機関
記入欄
本人記入欄