

後期高齢者健康診査情報提供票

氏名 (カナ)		健診等機関名	
生年月日	昭和 年 月 日	保険者番号	3901489
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	医師の総合判断日	令和 年 月 日
電話番号	- -		

項目		検査結果		注意事項	
身体計測	身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	cm		
	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	kg		
	腹囲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	cm	<input type="checkbox"/> 実測	<input type="checkbox"/> 判定 <input type="checkbox"/> 申告
診察	既往歴	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			
	自覚症状	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			
	他覚症状	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			
血圧	収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mmHg		
	拡張期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mmHg		
血中脂質検査	空腹時中性脂肪 (食後10時間以上)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dl	食後10時間以上の場合 は空腹時中性脂肪に、食後 10時間未満の場合は随時 中性脂肪に値を記入してく ださい。	
	随時中性脂肪 (食後10時間未満)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dl		
	HDL-コレステロール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dl		
	LDL-コレステロール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dl		
肝機能検査	AST (GOT)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	U/l		
	ALT (GPT)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	U/l		
	γ-GT (γ-GTP)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	U/l		
血糖検査	空腹時血糖 (食後10時間以上)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dl	食後3.5時間未満の場合 は、血糖値の記入をせず、 HbA1cの値を必ず記入して ください。	
	随時血糖 (食後3.5~10時間未満)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dl		
	HbA1c (NGSP値)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	%		
尿検査	尿糖	- ± + 2+ 3+			
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+			
	尿潜血	- ± + 2+ 3+			
腎機能検査	血清クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	mg/dl		
	血清尿酸	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	mg/dl		
医師の判断	医師の判断 (判定)	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 要再検査 <input type="checkbox"/> 要保健指導			
	その他、所見等記入欄				
	検査未実施の理由	<input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 腎疾患等の基礎疾患が あるため排尿障害を有する <input type="checkbox"/> その他			
	医師の氏名				

●太枠は必須項目となっています。□には✓を記載ください。

●排尿障害等で尿検査を実施できない場合、その理由を「検査未実施の理由」から選択ください。

後期高齢者健康診査情報提供票 質問票

(代筆可)

氏 名

電話番号

No.	質問事項	回答欄	
		該当するものに☑を入れてください	
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
4	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	<input type="checkbox"/> ① よい <input type="checkbox"/> ③ ふつう <input type="checkbox"/> ⑤ よくない	<input type="checkbox"/> ② まあよい <input type="checkbox"/> ④ あまりよくない
5	毎日の生活に満足していますか。	<input type="checkbox"/> ① 満足 <input type="checkbox"/> ③ やや不満	<input type="checkbox"/> ② やや満足 <input type="checkbox"/> ④ 不満
6	1日 3食きちんと食べていますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
7	半年前に比べて固いもの（さきいか、たくあんなど）が食べにくくなりましたか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
8	お茶や汁物等でむせることがありますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
9	この6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
10	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
11	この1年間に転んだことがありますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
12	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
13	周りの人から「いつも同じことを聞く」等の物忘れがあると言われていませんか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
14	今日が何月何日かわからない時がありますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
15	たばこを吸いますか。	<input type="checkbox"/> ① 吸っている <input type="checkbox"/> ③ やめた	<input type="checkbox"/> ② 元々吸わない
16	週に1回以上は外出していますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
17	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
18	体調が悪い時に身近に相談できる人がいますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ

本人同意欄

私は、診療における検査結果を健康診査の結果データとして、余市町に提供することに同意します。

令和 年 月 日

氏名