

住所	深川市		
氏名		性別	男・女
生年月日	昭和 年 月 日	満 歳	
電話番号			

受診機関	受診日	平成 年 月 日		
	病院名		診察医 (フルネーム)	

項目	検査結果			
身体計測	身長	cm	体重	kg
	腹囲	cm	BMI	
採血時間	食後	<input type="checkbox"/> 3.5時間未満 <input type="checkbox"/> 3.5時間以上10時間未満 <input type="checkbox"/> 10時間以上		[参考基準値]
血圧	収縮期血圧	mmHg		130未満
	拡張期血圧	mmHg		85未満
血中脂質検査	中性脂肪(TG)	mg/dℓ		149以下
	LDLコレステロール	mg/dℓ		119以下
	HDLコレステロール	mg/dℓ		40以上
肝機能検査	AST(GOT)	U/I		30以下
	ALT(GPT)	U/I		30以下
	γ-GTP	U/I		30以下
血糖検査	空腹時血糖	mg/dℓ		99以下
	ヘモグロビンA1c	%		5.5以下
尿検査	尿糖	- ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++		
	尿蛋白	- ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++		
医師の診断結果		異常なし ・ 要指導 ・ 要医療 ・ 要治療 ・ 治療継続		

※裏面に質問票がありますので、回答をお願いします。

【市記入欄】

メタボリックシンドローム判定		基準該当 ・ 予備群該当 ・ 非該当			
特定保健指導レベル		積極的 ・ 動機づけ ・ 情報提供 ・ 情報提供(服薬)			
医師確認日	システム登録日	健康情報システム:	名簿登録日	国保名簿:	保健指導連名簿登録日
		特定健診支援システム:		健診名簿:	
				結果入力名簿:	

質 問 票

	質 問 項 目	回 答
1~3	現在、aからcの薬の使用の有無(※1)	
1	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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いわれたり、治療(人工透析)を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> 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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ