

特定健診 問診票

人間ドック

*下記、太枠内の当てはまる部分に☑してください。

勤務先健診

*ドック・健診を受診した時の状況で記入してください。

医療機関結果

国保番号
個人番号
記入年月日 R
電話番号

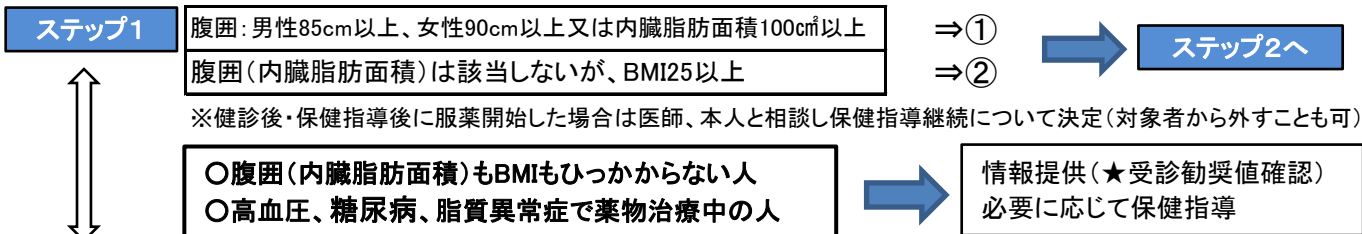
氏名	様	生年月日 S・H	年齢	歳	電話番号
健診受診日	R	採血時間	<input type="checkbox"/> 空腹時	<input type="checkbox"/> 食後 3.5~10時間	<input type="checkbox"/> 食後 3.5時間未満
1	服薬歴	血圧を下げる薬を飲んでいますか。(高血圧)			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	(現在、服薬している薬の有無)	血糖を下げる薬又はインスリン等の注射を使用していますか。(糖尿病)			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3		コレステロール又は中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。(脂質異常症)			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4		脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっている、治療を受けた事がある。			<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、治療を受けた事がある。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6		慢性腎臓病や腎不全にかかっている、治療(人工透析)を受けた事がある。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7		貧血と言われたことがありますか。(脳貧血を除く)			<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ますか。 (「現在、習慣的に喫煙している」とは、下記の条件を両方満たす場合 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。				<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年以上実施していますか。				<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時間以上実施していますか。				<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ですか。				<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ですか。				<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回以上ありますか。				<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回以上ありますか。				<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)				<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月1~3日 <input type="checkbox"/> 月1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒する日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 1合の目安 * 日本酒(アルコール度数15度・180ml) * ビール (同5度・500ml) * ウイスキー(同43度・60ml) * 焼酎(同25度・110ml) * 缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml) * ワイン (同14度・180ml)				<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"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていると思いますか。				<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。 ①~⑤の中から一つお選びください。				<input type="checkbox"/> ③近いうちに改善するつもりで少しずつ始めている(概ね1か月以内) <input type="checkbox"/> ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上) <input type="checkbox"/> ①改善するつもりはない <input type="checkbox"/> ②改善するつもりである(概ね6か月以内)
自覚症状	例えば:頭痛 めまい 手足のしびれ 胸痛 肩こり 腰痛 関節痛 口渇 むくみ *症状あれば○か記入する その他()				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
他覚症状	医師などから言われた症状があれば()				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

★これ以下は記入不要です(担当者が記入します)

メタボ判定	1メタボ該当	2予備軍	3非該当	*医師の診断・所見、医師名を健診結果にマーカーで必ず記入する(生活習慣病を主に)	問診受付担当者
保健指導レベル	1積極的	2動機づけ	3情報提供	4判定不能	*保健指導階層化判定・MS判定は裏面参照 法定報告入力日 <input type="checkbox"/>

保健指導レベル階層化

×記入不要 こちらは保健師が記入します！



ステップ1	ステップ2	ステップ3	階層化	
内臓脂肪蓄積のリスク ●CT等で内臓脂肪面積を測定していれば最優先100cm ² 以上 注: 空腹時血糖を優先	※1,2血糖 □ 空腹時(随時)血糖 □100mg/dl以上 又は HbA1c □5.6%以上	※1脂質異常 □ 中性脂肪 □150mg/dl以上(空腹時) □175mg/dl以上(随時) 又は HDLコレステロール □39mg/dl以下	血圧 □ 収縮期血圧 □130mmHg以上 又は 拡張期血圧 □85mmHg以上	喫煙 □ 40~64歳 □ 65~74歳 □
①腹囲 男: 85cm □ 女: 90cm □	上記2つ以上該当 □ □ 上記1つ該当 □ 上記該当なし⇒情報提供		参考なし あり □ なし □	積極的支援 (◆動機づけ支援相当) 動機づけ支援
②BMI BMI25以上 □ (腹囲該当なしで、男女とも)	上記3つ該当 □ □ □ 上記2つ該当 □ □ 上記該当なし⇒情報提供 上記1つ該当 □		参考なし あり □ なし □ 参考なし	積極的支援 (◆動機づけ支援相当) 動機づけ支援

※1 採血時間: 空腹時とは食後10時間以上

※2 空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は空腹時血糖を優先し判定する

【例: 両方検査している)空腹時血糖95でHbA1cが5.8%の場合は血糖該当なし】

早めに受診! 異常値の程度、年齢を考慮して医療機関受診の必要性を勧奨する。軽度の異常であれば保健指導(保健指導優先)後の受診でも可。

★受診勧奨値(参考)

糖尿病	脂質異常症	高血圧症
空腹時126mg/dl以上	中性脂肪300mg/dl(空腹時)以上	収縮期 140mmHg以上
HbA1c6.5%以上	HDLコレステロール34mg/dl以下	拡張期 90mmHg以上

【◆2年連続して積極的支援の場合】前年度の結果から下記に該当する場合は「動機づけ支援相当」で可
 ①前年度積極的支援終了者で
 ②BMI30未満(*30以上): 腹囲1(*2)cm以上かつ体重1(*2)kg以上減少
 ※3年目も積極的の場合は「動機づけ支援相当」とはならない。

メタボリックシンドローム診断基準

★各疾患が治療中(内服等)であれば検査値に関わらず該当になる

内臓脂肪蓄積のリスク (基準は上記●と同じ) 腹囲 男: 85cm □ 女: 90cm □	+	★脂質異常 □ ①中性脂肪(空腹時) 150mg/dl以上 ②HDLコレステロール 39mg/dl以下 ①②のいずれか又は両方	+	★高血圧 □ ①収縮期血圧 130mmHg以上 ②拡張期血圧 85mmHg以上 ①②のいずれか又は両方	+	★血糖 □ 空腹時血糖 110mg/dl以上	=	腹囲+★2つ メタボ 該当者 腹囲+★1つ メタボ 予備軍
--	---	--	---	--	---	---------------------------	---	--

特定健診必須項目

身長	収縮期血圧	中性脂肪(TG)	AST(GOT)	空腹時血糖	総コレステロール	尿酸	尿潜血
体重	拡張期血圧	HDL-C	ALT(GPT)	随時血糖▲	non-HDL	Hb(血色素)	心電図
BMI	尿糖	LDL-C	γ-GTP	HbA1c●	クレアチニン	赤血球	眼底
腹囲	尿蛋白	※随時血糖の場合は食直後(3.5時間未満)でなければ可です(HbA1cがない場合)					

必須外(実施していれば確認転記)