

特定健康診査以外の健康診査等 結果連絡表

特定健康診査以外の健康診査等で特定健診の指定検査項目を測定し、その結果をご提供いただく場合は、特定健診を受診したとみなされるため、同一年度内に特定健診は受診できません。下表の質問表および右表の健診結果をご記入ください。受診した結果と相違ないよう注意してご記入ください。

なお、この結果等については、大阪府国民健康保険団体連合会データ管理システム等で管理し、特定保健指導の提供など高槻市の保健事業に活用されますので、ご了承ください。

太枠内をご記入ください。

フリガナ		検査日 (当年度内)	年 月 日
氏名	男・女	受診機関名	(市)
生年月日	S 年 月 日(歳)	記入日	年 月 日
住所	高槻市	機関番号	
電話	- -	受診券整理番号	
保険証番号	高国		

1 下記の質問表をご記入ください

No	質問項目(必須)	いずれかに○をしてください	
1	a 血圧を下げる薬を服薬していますか	1. はい	2. いいえ
	b 血糖を下げる薬を服薬またはインスリン注射を使用していますか	1. はい	2. いいえ
	c コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服薬していますか 内服している薬がどれに当てはまるかわからない場合は、内服中の薬名をご記入ください。	1. はい	2. いいえ
2	a 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	1. はい	2. いいえ
	b 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	1. はい	2. いいえ
	c 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(人工透析等)を受けていますか	1. はい	2. いいえ
	d 医師から貧血といわれたことがありますか	1. はい	2. いいえ
既往	a-dの病気以外に特記すべき病気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。あれば、病名をお書きください	病名()	
3	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を両方満たす者である。) 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	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か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) 3. いいえ(1、2以外)	
4	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
5	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
6	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
7	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
8	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、かみあ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	
9	人と比較して食べる速度が速いですか	1. 速い	2. ふつう 3. 遅い
10	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
11	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
12	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
13	a 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)	1. 毎日	2. 週5~6日 3. 週3~4日
	b 飲酒日の1日当たりの飲酒量 ※13のaで1~6を選んだ方のみ○をしてください。 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・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	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)
14	睡眠で休養が十分取れていますか	1. はい	2. いいえ
15	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(下段から選んでください)	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ヶ月以内) 3. 概ね1ヶ月以内に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ヶ月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	
16	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

2 結果の写しを添付、または検査結果を記入してください

(1) 基本的な検査項目: 必ずご記入ください

項目(必須)	検査結果	単位
① 身体計測	身長	cm
	体重	kg
	BMI (体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	
	腹囲	cm
④ 血圧	収縮期血圧	mmHg
	拡張期血圧	mmHg
⑤ 採血時間(食後) ※いずれかに○をしてください	1. 食後10時間以上	
	2. 食後3.5時間以上10時間未満	
	3. 食後3.5時間未満	
⑥ 脂質	空腹時中性脂肪(食後10時間以上)	mg/dl
	随時中性脂肪(食後10時間未満)	mg/dl
	HDLコレステロール	mg/dl
	LDLコレステロール	mg/dl
	Non-HDLコレステロール	mg/dl
⑨ 血糖	空腹時血糖(食後10時間以上)	mg/dl
	随時血糖(食後3.5時間以上10時間未満)	mg/dl
	HbA1c値(NGSP値)	%
⑦ 肝機能	AST(GOT)	U/I
	ALT(GPT)	U/I
	γ-GT(γ-GTP)	U/I
⑩ 尿検査	尿糖	―・±・++・2+・3+以上 (++) (+++)
	尿蛋白	―・±・++・2+・3+以上 (++) (+++)

以下の項目は、記載がある場合にご記入ください

③ 診察	自覚症状	1. 特記あり 内容 [] 2. 特記なし
	他覚症状(医師の所見)	1. 特記あり 内容 [] 2. 特記なし
メタボリックシンドローム判定		1. 基準該当 2. 予備群該当 3. 非該当 4. 判定不能
保健指導レベル		1. 積極的支援 2. 動機付け支援 3. 非該当(情報提供など) 4. 判定不能
医師の診断(判定)		
判断した医師名		

(2) 選択項目: 実施された場合にご記入ください

項目	検査結果	単位
腎機能	クレアチニン	mg/dl
	e-GFR	ml/min/1.73m ²
	尿酸	mg/dl
貧血	ヘマトクリット値(Ht)	%
	色素素量(ヘモグロビン)	g/dl
	赤血球数	万/mm ³
心電図検査	所見	1. あり 2. なし
	所見	1. あり 2. なし

3 特定保健指導のご案内

お知らせいただいた健診結果におきまして、メタボリックシンドロームのリスクがある方については、後日、高槻市健康づくり推進課より「特定保健指導利用券(水色)」を送付いたしますので、どうぞご利用ください。

<お問い合わせ先>

連絡先 高槻市健康福祉部
保健所健康づくり推進課

TEL 072-674-8800