

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ける場合は、特定健診受診の必要はありません。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に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	1. はい	2. いいえ	
	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。	薬名 ()		
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(過去に合計100本以上吸っていて最近1ヶ月も吸っている人、又は6ヶ月以上吸っていて最近1ヶ月も吸っている人)	1. はい	2. いいえ	
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	1. 毎日	2. 時々 3. ほとんど飲まない・飲めない	
	b 飲酒日の1月当たりの飲酒量はどのくらいですか(日本酒に換算してください) 日本酒1合(180ml)の目安: ビール(500ml)、ワイン2杯(240ml) ウイスキーダブル1杯(60ml)、焼酎25度(110ml)	1. 1合未満	2. 1~2合未満 3. 2~3合未満 4. 3合以上	
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)
16	生活習慣の改善に保健指導を受ける機会があれば、利用しますか	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 $\left[\frac{\text{体重 (kg)}}{\text{身長 (m)}^2} \right]$	
	腹囲	cm
④ 血圧	収縮期血圧	mmHg
	拡張期血圧	mmHg
⑤ 脂質	中性脂肪	mg/dl
	HDLコレステロール	mg/dl
	LDLコレステロール	mg/dl
⑥ 肝機能	AST (GOT)	U/I
	ALT (GPT)	U/I
	γ -GT (γ -GTP)	U/I
⑧ 血糖	空腹時血糖 (食後10時間以上)	mg/dl
	随時血糖	mg/dl
	HbA1c (NGSP値)	%
⑨ 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
⑦ 腎機能	クレアチニン	mg/dl
	e-GFR	ml/min/1.73m ²
	尿酸	mg/dl
⑩ 貧血	ヘマトクリット値(Ht)	%
	血色素量(ヘモグロビン)	g/dl
	赤血球数	万/mm ³
⑪ 心電図検査	所見	1. あり 2. なし 初見 ()
	所見	1. あり 2. なし 初見 ()

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

(令和5年2月作成)