

職場など(市が実施する健診以外)の健診結果記入用紙 その1

見本

●太枠内をご記入ください。

| | | | |
|----------------|----------------|--------------------------|----------|
| (記入日) 令和 年 月 日 | | | |
| 住所 | (〒 -) 春日井市 | 生年月日 | 昭和 年 月 日 |
| フリガナ | | (日中連絡の取れる電話番号を記入してください。) | |
| 氏名 | | 電話番号 | - - |

●次の質問事項について該当する□に☑をご記入ください。 *は必須項目です。

| 問診項目 | | 回答 | |
|------|---|--|--|
| 1 | * 血圧を下げる薬を飲んでいますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 | * インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 | * コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか | <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）にかかっていると言われたり、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）にかかっていると言われたり、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言われたり、治療（人工透析など）を受けていますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7 | 医師から、貧血と言われたことがありますか | <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、習慣的に吸っている者」とは「過去合計100本以上又は6か月以上吸っている者」、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また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、かみ合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"/> ほとんど摂取しない | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 |
| 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、洋酒等）を飲む頻度はどれくらいですか | <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない) | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 |
| 19 | 飲酒日の1日あたりの飲酒量はどれくらいですか 日本酒1合(180ml)の目安：ビール中瓶1本(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 | 睡眠で休養が十分にとれていますか | <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 | <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 | 生活習慣改善のための保健指導を受ける機会があった場合、利用したくない人は☑をしてください | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

裏面も必ず記入してください

職場など(市が実施する健診以外)の健診結果記入用紙 その2

- ・職場やその他の機会に受診された健診結果票のコピーを添付していただいても結構です。
- ・健診の結果は、今後の保健事業等（健康づくりに関する講座の案内、特定健診等の評価、統計資料、国及び市に活用します。なお、講座の案内以外は匿名化し使用します。

見本

●太枠内の項目ごとに数値、または該当する□に☑をご記入してください。

* は必須項目です。(検査していない場合は不要)。

| (健診実施日) 令和 | | 年 | 月 | 日 | (健診種別) <input type="checkbox"/> 職場健診 | <input type="checkbox"/> その他の健診 | |
|------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------|
| 項目 | | 検査結果 | | | 項目 | 検査結果 | |
| 身体計測 | * 身長 | . | cm | 尿検査 | * 糖 | - ± + 2+ 3+ | |
| | * 体重 | . | kg | | * 蛋白 | - ± + 2+ 3+ | |
| | BMI | . | | 心電図 | <input type="checkbox"/> 所見あり | →具体的に | |
| | * 腹囲 | . | cm | | <input type="checkbox"/> 所見なし | | |
| 血圧 | * 収縮期血圧 (最高血圧) | | mmHg | * 既往歴 | <input type="checkbox"/> あり | →具体的に | |
| | * 拡張期血圧 (最低血圧) | | mmHg | | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 血液検査 | 脂質 | * 中性脂肪 (TG) | | mg/dL | * 自覚症状 | <input type="checkbox"/> あり | →具体的に |
| | | * HDL コレステロール | | mg/dL | | <input type="checkbox"/> なし | |
| | | * LDL コレステロール | | mg/dL | | <input type="checkbox"/> なし | |
| | 肝機能 | * AST (GOT) | | U/L | * 健診を受ける何時間前に食事をされましたか | <input type="checkbox"/> 10 時間以上 | |
| | | * ALT (GPT) | | U/L | | <input type="checkbox"/> 3.5 時間以上 | |
| | | * γ-GT (γ-GTP) | | U/L | | <input type="checkbox"/> 10 時間未満 | |
| 腎機能 | クレアチニン (CRE) | | mg/dL | * 総合判定 (医師の診断) | | | |
| 糖代謝 | * HbA1c (NGSP 値) | . | % | <input type="checkbox"/> 異常なし | <input type="checkbox"/> 要観察 | <input type="checkbox"/> 要指導 | |
| | 血糖 (グルコース) | | mg/dL | <input type="checkbox"/> 要医療 | <input type="checkbox"/> 治療中 | | |
| 貧血 | ヘマトクリット (Ht・血球容積) | . | % | <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | ヘモグロビン (Hb・血色素) | . | g/dL | * 健診実施機関 | | | |
| | 赤血球 (RBC) | | 万/mm ³ | * 医師名 | | | |

●記入もれがないか、もう一度確認していただき、同封の返信用封筒に入れて郵送してください。

問い合わせ先

〒486-8686 春日井市鳥居松町5丁目44番地
春日井市 市民生活部 保険医療年金課
電話 (0568) 85-6367

表面も必ず記入してください