

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

●太枠内をご記入ください。

(記入日) 令和 年 月 日			
住所	(〒 ー) 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	ー	ー

●次の質問事項について該当する口に☑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。	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	☐ はい	☐ 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者」とは、条件1と条件2を両方満たすものである。 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(①②以外)	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ 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。	☐ 何でもかんで食べることができる ☐ 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 ☐ 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。	☐ 速い	☐ ふつう ☐ 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。	☐ はい	☐ 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。	☐ 毎日 ☐ 時々	☐ 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。	☐ はい	☐ いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒等）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)	☐ 毎日 ☐ 週5～6日 ☐ 週3～4日 ☐ 週1～2日 ☐ 月1～3日 ☐ 月に1日未満 ☐ やめた ☐ 飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 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）	☐ 1合未満 ☐ 1～2合未満 ☐ 2～3合未満 ☐ 3～5合未満 ☐ 5合以上	
20	睡眠で休養が十分にとれていますか。	☐ はい	☐ 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。	☐ 改善するつもりはない ☐ 改善するつもりである（概ね6か月以内） ☐ 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 ☐ 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ☐ 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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	☐ はい	☐ いいえ

裏面（その2）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、国及び県への報告等）に活用します。なお、講座の案内以外は匿名化して使用します。

●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)
☐ 職場健診
☐ 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	→具体的に ☐ 所見あり		
	* 腹囲	・ cm		☐ 所見なし		
			診 察			
血圧	* 収縮期血圧 (最高血圧)	mmHg	* 既往歴	→具体的に ☐ あり		
	* 拡張期血圧 (最低血圧)	mmHg		☐ なし		
血液検査	脂質	* 空腹時 中性脂肪	mg/dL	* 自覚症状	→具体的に ☐ あり	
		* 随時 中性脂肪	mg/dL		☐ なし	
		* HDL コレステロール	mg/dL	* 他覚症状	→具体的に ☐ あり	
		* LDL コレステロール	mg/dL		☐ なし	
	肝機能	* 血清 アルブミン	g/dL	* 健診を受ける 何時間前に食事を されましたか	☐ 10時間以上 ☐ 3.5時間以上10時間未満 ☐ 3.5時間未満	
		* AST (GOT)	U/L		* 総合判定 (医師の診断)	
		* ALT (GPT)	U/L	☐ 異常なし ☐ 要観察 ☐ 要指導 ☐ 要医療 ☐ 治療中 ☐ その他 ()		
		* γ-GT (γ-GTP)	U/L	* 健診実施機関		
	腎機能	血清 クレアチニン (CRE)	mg/dL	* 医師名		
		eGFR	mL/min/1.73m ²			
	糖代謝	* HbA1c (NGSP値)	%	● 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4番地 春日井市 市民生活部 保険医療年金課 電話 (0568) 85-6367		
		血糖 (グルコース)	mg/dL			
貧血	ヘマトクリット (Ht・血球容積)	%				
	ヘモグロビン (Hb・血色素)	g/dL				
	赤血球 (RBC)	万/mm ³				

●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（その１）も必ず記入してください