

健康診査質問票

①または②のいずれかの質問票に回答してください。

【①国保特定健診・74歳以下の一般健診用】

(回答方法：該当する番号を○で囲んでください。)

健康診査記録票

(鹿児島市 国保特定健診・長寿健診・一般健診用)

(令和 年度用)

健診日 令和 年 月 日

太枠のみご記入ください。 健診の結果等は、健康増進を図ることを目的とした保健指導及び学会発表等(個人を特定できない形で使用)に活用します。

フリガナ		生年月日	1.明 2.大 3.昭
氏 名			年 月 日 (歳)
電 話	- -	性 別	1. 男 2. 女
住 所	〒 - 鹿児島市		
国保被保険者	記 号	番 号	枝 番
後期高齢者被保険者番号			
受診券番号			

具体的な既往歴	1.高血圧 2.糖尿病(高血糖値) 3.脂質異常症(高脂血症など) 4.痛風(高尿酸血症) 5.脳卒中(脳出血・脳梗塞など) 6.虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞など) 7.腎・泌尿器疾患(慢性腎不全・人工透析など) 8.胃・腸疾患 9.呼吸器疾患 10.貧血 11.肝疾患 12.膵臓疾患 13.血液疾患 14.眼疾患 15.耳鼻科疾患 16.その他()
自覚症状(所見)	1.動悸 2.息切れ 3.胸がしめつけられる感じ 4.脈の乱れ 5.手足のしびれ 6.手足のまひ 7.頭痛 8.顔・足のむくみ 9.立ちくらみ 10.舌のもつれ 11.めまい 12.耳鳴り 13.のどの渇き 14.気分が沈んだり重くなる 15.不眠 16.肩こり 17.腰痛 18.下痢 19.便秘 20.その他()
他覚症状(所見)	1.眼瞼結膜蒼白 2.浮腫(眼瞼) 3.肝臓肥大 4.浮腫(下腿) 5.心音不順 6.不整脈 7.その他 ()

基本項目 (「※」は鹿児島市独自の追加検査項目)	身体計測	身長	・	cm	
		体重	・	kg	
		B M I	・		
		腹 囲	・	cm	
	血圧測定	1 回 目	～	mmHg	
		2 回 目	～	mmHg	
		その他(平均値等)	～	mmHg	
	尿検査	尿 糖	- ± + ++ +++		
		尿 蛋 白	- ± + ++ +++		
		尿 潜 血 [※]	- ± + ++ +++		
	採 血	採血時間 (空腹時は必ず番号に○印を)	1. 食後10時間以上 食後10時間未満の場合 血糖検査はHbA1cのみ記入		
	脂質検査	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	
	肝機能検査	AST(GOT)		U/ℓ	
		ALT(GPT)		U/ℓ	
		γ-GT(γ-GTP)		U/ℓ	
血糖検査	空腹時血糖(FBS)		mg/dℓ		
	HbA1c(NGSP値)		%		
腎機能検査	血清クレアチン(CRE) [※]		mg/dℓ		
	尿酸(UA) [※]		mg/dℓ		
	eGFR		mℓ/分/1.73m ²		

eGFRについては連合会請求用のデータには入力しないでください。

健診機関コード	4 6 1
---------	-------

(請求用)

詳細検査項目 (判定基準に基づく)	貧血検査	赤血球数		万/mm ³
		血色素量		g/dℓ
		ヘマトクリット値		%
		今回実施する理由		
	心電図検査	所 見		
		今回実施する理由		
		いずれか選択	シェイエH	
			シェイエS	
			キースワグナー	
SCOTT				
眼底検査	Wong-Mitchell			
	改変Davis			
	その他所見			
	今回実施する理由			

メタボリックシンドロームの判定			
1. 基準該当	2. 予備群該当	3. 非該当	4. 判定不能

総 合 診 断	

健診機関名及び医師名	
------------	--

1	現在、以下にあげる薬を使用していますか。(保険者がレセプト情報を確認することがあります。) 1. 血圧を下げる薬 2. 血糖を下げる薬又はインスリン注射 3. コレステロール又は中性脂肪を下げる薬
2	以下のことについて、医師から、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. 脳卒中(脳出血、脳梗塞など) 2. 心臓病(狭心症、心筋梗塞など) 3. 慢性腎臓病、腎不全、人工透析 4. 貧血
3	現在、たばこ(加熱式たばこ等を含む)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カ月間吸っている 条件②：生涯で6カ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている
4	20歳の時の体重から10kg以上増加している。
5	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上で1年以上実施している。
6	日常生活で歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。
7	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。
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。
10	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。
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。
12	朝食を抜くことが週に3回以上ある。
13	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 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	飲酒日の1日当たりの飲酒量 <参考> 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. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3～5合未満 5. 5合以上
15	睡眠で休養が十分とれている。
16	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. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである(概ね6か月以内) 3. 近いうち(概ね1か月以内)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か月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
17	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。

【②長寿健診・75歳以上の一般健診用】	
(回答方法：該当する番号を○で囲んでください。)	
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか。
2	毎日の生活に満足していますか。
3	1日3食きちんと食べていますか。
4	半年前に比べて固いもの(※)が食べにくくなりましたか。(※さきいか、たくあんなど)
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。
6	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いませんか。
8	この1年間に転んだことがありますか。
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか。
11	今日が何月何日かわからない時がありますか。
12	あなたはたばこを吸いますか。
13	週に1回以上は外出していますか。
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。