

【問診票】						
下記必要事項にご記入の上、質問項目にお答えいただき、『はい』『いいえ』欄どちらかに○を、または該当する数字に○をお願いします。 ※特定健診を受診された方は、申込できません。						
受診日 (令和7年4月1日~令和8年3月31日受診に限る)	令和 年 月 日	被保険者番号(7桁)				
氏名		生年月日	昭和 年 月 日			
性別	男 女	健診機関名				
No.	質問項目					
1~3	現在、医師の指示で、下記のa~cの薬を使用していますか。					
1	a:血圧を下げる薬	はい	いいえ			
2	b:血糖を下げる薬又はインスリン注射	はい	いいえ			
3	c:コレステロールや中性脂肪を下げる薬	はい	いいえ			
4	医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、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)にかかっているといわれたり、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いわれたり、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、貧血とい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。 1=はい(①と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(②のみ満たす) 3=いいえ(①、②以外) ※「現在、習慣的に喫煙している」とは、①と②を両方満たす場合です。	1	2	3		
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は速いですか。	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。 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	1	2	3		
14	人と比較して食べる速度は速いですか。 1=速い 2=ふつう 3=遅い	1	2	3		
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。 1=毎日 2=時々 3=ほとんど摂取しない	1	2	3		
17	朝食を抜くことが週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、洋酒など)を飲む頻度はどれですか。 1=毎日飲む 2=週5~6日 3=週3~4日 4=週1~2 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) ※「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	2	3	4	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 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 ※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・110ml) ワイン(同14度・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	2	3	4	5
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。 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)	1	2	3	4	5
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			

↓こちら必須項目  
 『はい』『いいえ』どちらかに○を、または該当する数字に○をお願いします。  
 例： はい いいえ

必須項目

【健診結果記入シート】			
人間ドック・職場健診の健診結果票をもとに、下記の記入欄に数値を転記してください。また記入後、健診結果票のコピー(全面)を必ず同封の上送付いただきますようお願い申し上げます。 ※必須項目に記載がない場合は受理不可です。1つの健診結果で足りない場合は別途検査を受け、その結果を添付してください。			
健診項目	記入例	記入欄	
身体測定	身長	165.8	cm
	体重	60.2	kg
	BMI (身長・体重の数値があれば推測計算可能です。)	21.4	kg/m <sup>2</sup>
	腹囲	80.3	cm
既往歴	1:特記すべきことあり 2:特記すべきことなし	① 2	1 2
自覚症状	1:特記すべきことあり 2:特記すべきことなし	1 ②	1 2
他覚症状	1:特記すべきことあり 2:特記すべきことなし	1 ②	1 2
血圧	採血時間(食後) 2:食後10時間以上 3:食後3.5時間以上10時間未満 4:食後3.5時間未満	2 ③ 4	2 3 4
	収縮期血圧(高い方)	105	mmHg
	拡張期血圧(低い方)	63	mmHg
血中脂質検査	中性脂肪	86	mg/dl
	HDL-コレステロール	68	mg/dl
	LDL-コレステロール	103	mg/dl
肝機能検査	AST(GOT)	16	IU/l
	ALT(GPT)	16	IU/l
	γ-GT(γ-GTP)	21	IU/l
代謝系検査	血糖	102	mg/dl
	HbA1c(NGSP)	5.7	%
腎機能検査	尿酸	4.3	mg/dl
	クレアチニン	1.01	mg/dl
	eGFR (年齢・性別・クレアチニンの数値があれば推測計算可能です。)	69.7	ml/min/1.73m <sup>2</sup>
尿検査	糖 (1:-,2:±,3:+,4:++,5:+++)	① 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	蛋白 (1:-,2:±,3:+,4:++,5:+++)	1 ② 3 4 5	1 2 3 4 5
	潜血 (1:-,2:±,3:+,4:++,5:+++)	1 ② 3 4 5	1 2 3 4 5
メタボリックシンドローム判定		① 2 3 4	1 2 3 4
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 2 ③ 4	1 2 3 4
1:積極的支援 2:動機付け支援 3:なし 4:判定不能			
任意項目 貧血検査	ヘマトクリット値	45.6	%
	血色素量(ヘモグロビン)	15.8	g/dl
	赤血球数	522	万/mm <sup>3</sup>
心電図検査 (1:所見あり,2:所見なし)		① 2	1 2
眼底検査 (1:所見なし,2:軽度,3:中等度,4:重度)		1 2 ③ 4	1 2 3 4
最終チェック： <input type="checkbox"/> ①本シートの記入漏れなし <input type="checkbox"/> ②医療機関等から送られる健診結果票をコピー済 <input type="checkbox"/> ③神戸市国保特定健診を受診していない (上記①、②、③にチェック ✓を入れた上で返信用封筒にて送付ください)			

※任意項目に記載がなくとも受付可能です