

国民健康保険 特定健康診査

質 問 票

保険者番号	保険者名
290015	奈良市 (国民健康保険)

氏 名	
生年月日	昭和 年 月 日
記入日	年 月 日
電話番号	(市外局番から)
直前の食事からの経過時間	・食後10時間以上 [・食後3.5時間以上10時間未満] [・食後3.5時間未満] ※原則食後10時間以上です。

※次の質問について右の選択肢より該当するものを選んで回答欄に各自もれの無いよう記入してください。

NO	質問項目	選択肢	回答欄
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無		
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ	
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②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。	①はい ②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。	①はい ②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。	①はい ②いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「(生涯で)合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	①はい ②いいえ	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②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	①はい ②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	①はい ②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。	①はい ②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。 ※たこ・するめいか・フランスパン・堅焼きせんべい等を噛んで食べることができなければ、②または③へ	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	
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②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	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安:ビール500ml、 焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②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っていますか。	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 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)	
22	生活習慣の改善について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	

記入いただいた電話番号は、健診後の指導や受診勧奨等で連絡する場合に使用されます。

(医療機関のご担当者様へ)

表面の質問票、下記の医師の判断など、結果請求の入力が適切に行われていないことにより、受診者への誤った結果の報告のほか、事業が実施できなかったり、国からの交付金の算定が誤っているなど、様々な問題が発生しています。正確なご入力をよろしくお願いします。

特定健康診査記入表(担当医記録用)

フリガナ		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏 名		性別/年齢	男・女 歳	受診券番号	
		電話番号	(市外局番から)		

既往歴	1. 特記すべきことあり 2. 特記すべきことなし	[脳卒中(脳出血・脳梗塞等)・心臓病(狭心症・心筋梗塞等)・慢性腎疾患(人工透析)・貧血]
自覚症状	1. 特記すべきことあり 2. 特記すべきことなし	[]
他覚症状 (*印は65歳以上で二次予防事業の生活機能の確認の場合のみ検査)	1. 特記すべきことあり 2. 特記すべきことなし	[貧血 (□あり □なし) 心肥大 (□あり □なし) 心音 (□異常 □正常) 不整脈 (□あり □なし) 肝腫大 (□あり □なし) * 口腔内の衛生状態 (□不良 □良) * 四肢の大関節の問題 (□あり □なし) * 反復唾液嚥下テスト (30秒間で、 回)]

項 目					結 果 (*印は小数点以下1桁まで)			
身体計測	身長 (cm)	体重 (kg)	腹囲 (cm)	B M I (kg/m ²)	*	*	* 実測 自己測定 自己申告	*
血圧	収縮期血圧 (mmHg)		拡張期血圧 (mmHg)					
尿検査	糖		蛋白		- ± + ++ +++			- ± + ++ +++
心電図検査	所見				1. 所見あり [<所見記入欄>*所見なしの場合も「異常なし」等記入してください。 2. 所見なし []			
眼底検査	所見				1. 所見あり [<所見記入欄>*所見なしの場合も「異常なし」等記入してください。 2. 所見なし []			

※Keith-Wagener分類、Scheie分類(H-S)、Scott分類、Wong-Mitchell分類、改変Davis分類に従って判定

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. なし(情報提供)	4. 判定不能

(※) HbA1cのみを測定する場合は、6.0%以上を空腹時血糖110mg/dl以上とみなして、メタボリックシンドローム判定をお願いします。「予備群該当」とは、腹囲基準に追加リスクが1つ(血圧、脂質、血糖のうち)の場合とします。

血液検査結果表貼付欄

医師の判断	総合判定	受診者が特に注意すべき事項・どのような対応が必要か(自由記載)
		<input type="checkbox"/> 異常認めず <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 要医療
	貧血検査を実施した理由:	<input type="checkbox"/> 貧血の既往歴を有するため(質問票による) <input type="checkbox"/> 貧血が疑われると判断されたため(視診等による) <input type="checkbox"/> 保険者独自の契約内容によるもの
	心電図検査を実施した理由:	<input type="checkbox"/> 検査結果による心電図検査対象者 <input type="checkbox"/> 不整脈による心電図検査対象者 <input type="checkbox"/> 保険者独自の契約内容によるもの
	眼底検査を実施した理由:	<input type="checkbox"/> 検査結果による眼底検査対象者 <input type="checkbox"/> 保険者独自の契約内容によるもの
	血清クレアチニン検査を実施した理由:	<input type="checkbox"/> 検査結果による血清クレアチニン検査対象者 <input type="checkbox"/> 保険者独自の契約内容によるもの
判断した医師の氏名	食後、採血までの時間 約 () 時間 (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)	