

令和 年度 人間ドック結果記入票

※下記の項目及び質問票について記入をお願いします。裏面の記入は不要です。

地 区		フリガナ			
		氏 名			
被保険者番号		性別	男 ・ 女	年齢	歳
生年月日	年 月 日	電話番号			
検診受診日	年 月 日	携帯番号			

【質問票】※下記の質問にお答えください。

質問項目		回答	
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	① よい	
		② まあよい	
		③ ふつう	
		④ あまりよくない	
		⑤ よくない	
2	毎日の生活に満足していますか	① 満足	
		② やや満足	
		③ やや不満	
		④ 不満	
3	1日3食きちんと食べていますか	はい	いいえ
4	半年前に比べて固いもの（さきいか、たくあんなど）が食べにくくなりましたか	はい	いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
6	6か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	はい	いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	はい	いいえ
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	はい	いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている	
		②吸っていない	
		③やめた	
13	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
14	ふだんから家族や友人付き合いがありますか	はい	いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	はい	いいえ

裏面

〈スタッフ記入欄〉

令和 年度 人間ドック結果記入票

〈受付番号: - 〉

行政区		氏名			
医療機関名		診察医師名			
医療機関番号		整理番号			
①身体測定	身長		③血糖検査	空腹時血糖	
	体重			随時血糖 食後3.5~10時間未満	
	BMI			HbA1c	
②既往歴			⑨尿検査	尿糖	
				尿蛋白	
③自覚症状			※ ⑩貧血検査	ヘマトクリット	
④血圧測定 ★130以上又は85以上				ヘモグロビン	
				赤血球(万/u1)	
⑤血中脂質	総コレステロール		※ ⑪腎機能	クレアチニン	
	中性脂肪			eGFR	
	HDLコレステロール		※⑫尿酸		
	LDLコレステロール			判定<異常なし・経過観察・要精検>	
	(non-HDLコレステロール)			所見< >	
⑥肝機能	AST(GOT)		※ ⑬心電図	実施理由<人間ドック>	
	ALT(GPT)			判定<異常なし・経過観察・要精検>	
	γ-GT(γ-GTP)			所見< >	
⑦診察所見			※ ⑭眼底検査	実施理由<人間ドック>	

※がついている項目は必須項目ではありません。