

## 令和 年度 人間ドック結果記入票

【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言われていますか	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

後期高齢者医療保険加入者用

令和 年度 人間ドック記入票

<受付番号: - >

受診者情報	被保険者証番号		フリガナ	
	地区		氏名	
	生年月日	昭和 年 月 日	電話番号	
	健診受診日	年 月 日	携帯電話	
			性別/年齢	男・女 / 歳
医療機関	医療機関名		診察医師名	
	医療機関番号		整理番号	

身体測定値	身長		血糖検査	空腹時血糖 (★110以上 ☆100以上)	
	体重			随時血糖 (☆100以上)	
	BMI (☆25以上)			HbA1c (☆NGSP5.6以上)	
既往歴			尿検査	尿糖	
				尿蛋白	
自覚症状			貧血検査	ヘマトクリット	
血圧測定値 ★130以上又は85以上	①	/ mmHg		ヘモグロビン	
	②	/ mmHg		赤血球 (万/u1)	
血中脂質検査	空腹時中性脂肪 (★☆150以上)		腎機能検査	クレアチニン	
	随時中性脂肪 (★☆175以上)			eGFR	
	HDLコレステロール (★☆40未満)		尿酸値		
	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)			心電図検査	所見< >
肝機能検査	AST(GOT)		実施理由<職場健診・医療機関健診>		
	ALT(GPT)		判定<異常なし・経過観察・要精検>		
	γ-GT(γ-GTP)		眼底検査	所見< >	
診察所見				実施理由<職場健診・医療機関健診>	

※空腹時（食後10時間以上）、随時（食後3.5～10時間未満）

※太枠の部分の記載をお願いします。

<<裏面もご覧ください>>