

坂出市国保特定健診受診券兼質問票（個別健診）

受診券貼り付け位置

質問項目にご記入のうえ、受診券と一緒に医療機関窓口にご提出ください。

質問票の電話番号、質問票の回答、健診の診療情報を坂出市に提供することを了承します。
情報は坂出市の保健事業等に使用します。

年 月 日

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号

下の質問の ☐ は、該当の欄に斜線 ☒ を記入し、お答えください。鉛筆で丁寧に記入してください。

健診受診時には、この用紙の質問項目にご記入のうえ、ご持参ください。裏面の記入は不要です。

健診受診時には、この用紙の質問項目にご記入のうえ、ご持参ください。裏面の記入は不要です。	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	☐ はい	☐ いいえ	
			2	b. 血糖を下げる薬またはインスリン注射	☐ 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(※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1、2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)				☐ ①はい(条件1と条件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(条件2のみ満たす) ☐ ③いいえ(上記①②以外)	
	9	20歳の時の体重から10 kg 以上増加している				☐ 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				☐ はい	☐ いいえ
	11	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施				☐ はい	☐ 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				☐ 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 ☐ 何でもかんで食べることができる ☐ 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 ☐ ほとんどかめない					
	14	人と比較して食べる速度が速い				☐ 速い	☐ ふつう ☐ 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				☐ 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 ☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ 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				☐ はい	☐ いいえ
	18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒等)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) ☐ 毎日 ☐ 週5~6日 ☐ 週3~4日 ☐ 週1~2日 ☐ 月に1~3日 ☐ 月に1日未満 ☐ やめた ☐ 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(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・500ml、同7度・350ml)				☐ 1合未満 ☐ 1~2合未満 ☐ 2~3合未満 ☐ 3~5合未満 ☐ 5合以上	
	20	睡眠で休養が十分とれている				☐ 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 ☐ 改善するつもりはない ☐ 改善するつもりである(概ね6か月以内) ☐ 近いうちに(おおむね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ☐ 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ☐ 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、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
歯の質問項目	1	左右の両方の奥歯でしっかりかみしめられますか				☐ はい	☐ いいえ
	2	歯みがきの時に歯ぐきから血が出ることがある				☐ はい	☐ いいえ
	3	歯ぐきが腫れることがある				☐ はい	☐ いいえ
	4	歯がぐらぐらする				☐ はい	☐ いいえ
	5	デンタルフロスや歯間ブラシを使って歯と歯のすき間もきれいにしている				☐ はい	☐ いいえ
	6	1日に2回以上歯みがきをしますか				☐ はい	☐ いいえ
	7	この1年間に治療以外で歯の健診や予防のために歯科医院を受診しましたか				☐ はい	☐ いいえ
歯科の質問項目については、市町において、現状把握、分析、保健指導に使用することを目的に、特定健診質問票に追加し実施するものでありますので、ご記入をお願いします。							

こちらの項目は健診機関で記入します。

身体計測	身長 (cm)				体重 (kg)				BMI				健診実施日			
				.				.				.	年 月 日			
	腹囲 (cm)				または								内臓脂肪面積 (cm ²)			
					☐ 実測 ☐ 自己判定 ☐ 自己申告											.
診察	既往歴				☐ 特記すべきことあり ☐ 特記すべきことなし											
	具体的な既往歴															
	自覚症状				☐ 特記すべきことあり ☐ 特記すべきことなし											
	所見															
	他覚症状				☐ 特記すべきことあり ☐ 特記すべきことなし											
	所見															
血圧等	収縮期 (mmHg)				拡張期 (mmHg)											
									☐ 1回目	☐ 2回目	☐ その他					
採血時間	☐ 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															
尿検査	糖	☐	(-)	☐	(±)	☐	(+)	☐	(2+)	☐	(3+)	☐	機械読み取り	☐	目視法	
	蛋白	☐	(-)	☐	(±)	☐	(+)	☐	(2+)	☐	(3+)	☐	機械読み取り	☐	目視法	
医師の診断(判定)																
健康診断を実施した医師の氏名																

貧血検査	☐ 詳細	(理由)													
心電図検査	☐ 詳細	☐ 検査結果による ☐ 不整脈による													
		(理由)													
	所見の有無	☐ 所見あり ☐ 所見なし													
(所見ありの場合記載)															
眼底検査	☐ 詳細	(理由)													
	キースワグナー分類 ☐ (1～6を記入) シェイエ分類：H ☐ (1～5を記入)														
	シェイエ分類：S ☐ (1～5を記入) SCOTT分類 ☐ (1～9を記入)														
	Wong-Mitchell分類 ☐ (1～4を記入) 改変Davis分類 ☐ (1～4を記入)														
その他の判定方法は所見を記載する															
血清クレアチニン検査	☐ 詳細	(理由)													

服薬1(血圧)	(薬剤名)	(服薬理由)
服薬2(血糖)	(薬剤名)	(服薬理由)
服薬3(脂質)	(薬剤名)	(服薬理由)

※記載があればデータ化

メタボ判定	☐ 基準該当	☐ 予備群該当	☐ 非該当	☐ 判定不能
保健指導レベル	☐ 積極的支援	☐ 動機付け支援	☐ なし	☐ 判定不能

※データ化時判定

健診機関番号		健診機関名	
--------	--	-------	--