

〒  
住所  
氏名

見本

下記の欄は医療機関で記入します。

医療機関コード  
医療機関名  
担当医師令和5年度  
高岡市国民健康保険「生活習慣病予防健康診査」受診券自己負担額  
1,000円

下記の太枠内を、事前に記入し受診して下さい。

生年月日	昭・平	年	月	日(歳)
今までにかかった病気(該当する番号を○で囲む)		家族病歴		
1 高血圧	7 脳卒中	血縁の父母兄弟姉妹に既往が		
2 心臓病	8 高尿酸血症(痛風)	あれば該当番号を○で囲む		
3 糖尿病	9 貧血	1 高血圧	4 脳卒中	
4 肝臓病	10 その他( )	2 心臓病	5 脂質異常症	
5 腎臓病	11 輸血を受けたことがある	3 糖尿病	6 その他	
6 脂質異常症				
自覚症状(該当する番号を○で囲む)		生活習慣(該当する番号を○で囲む)		
1 自覚症状なし	I タバコを吸いますか			
2 食欲があまりない	1 吸わない			
3 疲れやすい	2 吸う(1日20本未満)			
4 夜、眠れないことが多い	3 吸う(1日20本以上)			
5 よく頭重、頭痛がする	II お酒を飲みますか			
6 めまいが急におこることがある	1 飲まない			
7 耳なりがする	2 飲む(1週間に 日)			
8 咳や痰がよくでる	III 週に3回以上の運動を			
9 動悸、息切れ、脈のみだれがある	していますか			
10 胸がしめつけられる感じがある	1 はい 2 いいえ			
11 手足のしびれや言葉のもつれがある	IV 食事を3食とっていますか			
12 顔や手足がむくむ	1 はい 2 いいえ			
13 下痢または便秘がちである	V 食事は薄味ですか			
14 よくのどが渴く	1 はい 2 いいえ			
15 夜、小便に何度も起きることがある	VI 甘いものをよく食べますか			
16 その他( )	1 はい 2 いいえ			

検査項目		令和5年	月	日		
		1 空腹時	2 食後	分		
視診	血 色	1 良	2 不良			
打聴診	心 音	1 純	2 不純			
	不整脈	1 無	2 有			
触 診	肝肥大	1 無	2 有			
浮 腫	眼 瞼	1 -	2 +			
	下 腿	1 -	2 +			
血 圧	最 高	mmHg				
	最 低	mmHg				
身 長		cm				
体 重		kg				
体格指数(BMI)		体重(kg)÷身長(m) <sup>2</sup>				
腹 囲		cm				
		1 実測 2 自己測定 3 自己申告				
検 尿	糖	1-	2±	3+	4++	5+++
	蛋 白	1-	2±	3+	4++	5+++
中性脂肪		mg/dL				
HDLコレステロール		mg/dL				
LDLコレステロール		mg/dL				
肝機能検査	AST	U/L				
	ALT	U/L				
	γ-GT	U/L				
腎機能検査	クレアチニン	mg/dL				
	e-GFR	mL/min/1.73m <sup>2</sup>				
貧血検査	赤血球数	×10 <sup>4</sup> /μL				
	ヘマトクリット	%				
	血色素量	g/dL				
血糖検査	HbA1c (NGSP)	%				

## 【指導区分】

## 既往症分類に準ずる

- |                    |           |         |         |
|--------------------|-----------|---------|---------|
| 1 異常認めず            | 1 高血圧     | 2 心臓病   | 3 糖尿病   |
| 2 要指導 →<br>(要経過観察) | 4 肝臓病     | 5 腎臓病   | 6 脂質異常症 |
| 3 要医療 ⇒            | 7 脳卒中     | 8 高尿酸血症 | 9 貧血    |
|                    | 10 その他( ) | 11 肥満   |         |
- コメント[ ]

要医療に関して

- ⇒ 1 治療中
- 
- 2 未治療