

〒
住所
氏名

見 本

宛名番号 1234567

様式1

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6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6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) ²
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 ²
貧血検査	赤血球数	× 10 ⁴ /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
2 要指導 →
(要経過観察)
3 要医療 ⇒

1 高血圧 2 心臓病 3 糖尿病
4 肝臓病 5 腎臓病 6 脂質異常症
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