

〒
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7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)(男・女)		
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7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 | 1 高血圧 | 2 心臓病 | 3 糖尿病 |
| 2 要指導 →
(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