

# 受 診 票

受 診 者	証 記号	証 番号	実施年月日	年	月	日
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏 名		性 別	1. 男      2. 女		

採血時期	<input type="checkbox"/>	1・食後10時間未満	2 :食後10時間以上
------	--------------------------	------------	-------------

基 本 項 目	既往歴	<input type="checkbox"/>	1.特記あり	2.特記なし
	(具体的な既往歴)			
	自覚症状	<input type="checkbox"/>	1.特記あり	2.特記なし
	(所見)			
	他覚症状	<input type="checkbox"/>	1.特記あり	2.特記なし
	(所見)			

	検査項目	検査結果
基 本 項 目	身長	.      cm
	体重	.      kg
	BMI	.      kg/m <sup>2</sup>
	腹囲	.      cm
	血圧(収縮期)	mmHg
	血圧(拡張期)	mmHg
	HDLコレステロール	mg/dl
	LDLコレステロール	mg/dl
	中性脂肪	mg/dl
	GOT (AST)	U/l
	GPT (ALT)	U/l
	γ-GT (γGTP)	U/l
	空腹時血糖	mg/dl
	HbA1c	.      %
	尿糖	-    +    ++    +++
	尿蛋白	-    +    ++    +++

	検査項目	検査結果
詳 細 項 目	ヘマトクリット値	.      %
	血色素量	.      g/dl
	赤血球数	X 10 <sup>4</sup> / μl
	貧血検査 実施理由	<input type="checkbox"/> 1貧血が疑われる <input type="checkbox"/> 2貧血の既往歴を有する <input type="checkbox"/> 3その他

医療機関 の所在地 及び名称	
電話番号	
医師名	印

## 特定健診 ・ 質問票

記号		番号		フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
氏名コード						性別	1. 男      2. 女

	質 問 項 目	回 答 (番号を○で囲む)
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無（医師の判断・治療のもとで服薬）	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい      ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい      ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい      ②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。	①はい      ②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。	①はい      ②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）を受けていますか。	①はい      ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい      ②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と条件2を両方満たす 者である。 条件1：最近1ヵ月間吸っている 条件2：生涯で6ヵ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ヵ月間は 吸っていない（条件2のみ満たす） ③いいえ（①②以外）
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい      ②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	①はい      ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい      ②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。	①はい      ②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。	①何でもかんで食べることができる ②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 ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い      ②ふつう      ③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。	①はい      ②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。	①毎日      ②時々 ③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。	①はい      ②いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）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）	①毎日              ②週5～6日 ③週3～4日      ④週1～2日 ⑤月に1～3日      ⑥月に1日未満 ⑦やめた              ⑧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・約110ml）、ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー （同43度・60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	①1合未満              ②1～2合未満 ③2～3合未満      ④3～5合未満 ⑤5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい      ②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。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） ③近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつ もりであり、少しずつ始めている。 ④既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）
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。	①はい      ②いいえ

# 特定健康診断補助金交付申請書

記号	番号	事業所名	被保険者氏名
			⑩
住所	〒 電話 ( )		
特定健診受診者名	続柄	生年月日	年齢
医療機関名	受診年月日		

## 添付書類

- 1 領収証の写し
- 2 受診票(同封の用紙)
- 3 問診票(同封の用紙)

補助金受領委任状			
上記申請の補助金を		に委任いたします。	
令和	年	月	日
被保険者氏名			⑩