

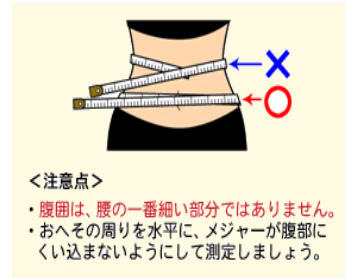
特定健診問診票		エービービー健康保険組合	
フリガナ	健診日		
氏名	健診機関名		

○をつけるか、不要な方を消してください↓

1. 現在血圧を下げる薬を服用していますか？	服薬あり	服薬なし
2. 現在血糖を下げる薬を服用、またはインスリン注射をしていますか？	服薬あり	服薬なし
3. 現在コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか？	服薬あり	服薬なし
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、治療を受けた事がありますか？	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、治療を受けた事がありますか？	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？	① はい ⇒ 条件1と条件2の両方を満たしている 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のみ満たしている ③ いいえ ⇒ ①②以外	
“現在、習慣的に喫煙している”とは、下記の条件1と2の両方を満たしている状態です。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月以上吸っている。または合計100本以上吸っている		
9. 20歳のときから体重が10kg以上増加していますか？	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年以上実施していますか？	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時間以上実施していますか？	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ですか？	はい	いいえ
13. 食事を噛んで食するときの状態は？	① 何でも噛んで食べることが出来る ② 歯や歯ぐき、噛み合わせなど気になる部分があり、噛みづらいことがある ③ ほとんど噛めない	
14. 人と比較して食べる速度が速いですか？	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回以上ありますか？	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？	① 毎日	② 時々
17. 朝食を抜く事が週3回以上ありますか？	はい	いいえ
18. お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は？	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)
※選択肢⑦の「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けれど最近一年以上は酒類を摂取していない状態)		
19. 飲酒日の1日当たりの飲酒量は？	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3～4合未満 ⑤ 6合以上	
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2杯(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)		
20. 睡眠で休養が十分とれていますか？	はい	いいえ
21. 運動や食生活などの生活習慣の改善についてはどうお考えですか？	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カ月以内) ③ 近いうちに(概ね1ヶ月以内) 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。	はい	いいえ

* 記入必須項目

測定方法



健診受診日	*	<input type="text" value="年"/>	<input type="text" value="月"/>	<input type="text" value="日"/>
身長	*	<input type="text"/>	cm	
体重	*	<input type="text"/>	kg	
BMI		<input type="text"/>		
腹囲	*	<input type="text"/>	cm	→ 健診時に測定していない場合は、ご自身で測定してください 立った姿勢で息を吐いているときに、おへそ周りを平行に測定してください
血圧収縮期(上)	*	<input type="text"/>	mmHg	
血圧拡張期(下)	*	<input type="text"/>	mmHg	
空腹時血糖	*	<input type="text"/>	mg/dl	→ 血糖の3つのうち、どれか1つは必ず記入してください
随時血糖	*	<input type="text"/>	mg/dl	
血糖HbA1c	*	<input type="text"/>	%	
脂質中性脂肪	*	<input type="text"/>	mg/dl	
脂質HDLコレステロール	*	<input type="text"/>	mg/dl	
脂質LDLコレステロール	*	<input type="text"/>	mg/dl	
脂質iNon-HDLコレステロール		<input type="text"/>	mg/dl	
肝機能GOT(AST)	*	<input type="text"/>	U/L	
肝機能GPT(ALT)	*	<input type="text"/>	U/L	
肝機能γ-GTP	*	<input type="text"/>	U/L	
尿糖	*	<input type="text"/>	(+:陽性 -:陰性)	
尿蛋白	*	<input type="text"/>	(+:陽性 -:陰性)	
クレアチニン	*	<input type="text"/>	mg/dl	
赤血球数		<input type="text"/>	10 ² /μl	
血色素HbA _{1c} ドット		<input type="text"/>	g/dl	
ヘマトクリット		<input type="text"/>	%	

総合判定結果もご記入ください

該当に○をつけるか、不要な判定を削除してください

- A 異常なし
- B やや異常
- C 経過観察
- D 要再検査
- E 要精密検査
- F 要治療
- G 要治療継続

↓

上記の判定を受けた検査項目名、部位
