

後期高齢者健診受診録

受診年月日(年 月 日)

受診券内容	受診券整理番号	<input type="text"/>	受診者住所 〒960- 福島市
	受診者氏名カナ	<input type="text"/>	
	生年月日	T・S 年 月 日	
	有効期限	年 月 日～年 月 日	
	健診内容	<input type="text"/>	
	自己負担	無料	
	保険者所在地	<input type="text"/>	
	保険者電話番号	<input type="text"/>	
	保険者番号	<input type="text"/>	
	保険者名	<input type="text"/>	
支払代行機関番号	<input type="text"/>	受診者氏名	<input type="text"/>
支払代行機関名	<input type="text"/>	性別	(1.男 2.女) 年齢 <input type="text"/>
		電話番号	- -
		※電話番号入力:全角「その他の検査」コード9N41600000000049	
		被保険者証記号番号	<input type="text"/>
		他覚症状	1. あり() 2. なし
		既往歴	0. 特になし 1. 高血圧 2. 高血圧 3. 脂質異常症 4. 高尿酸血症 5. 腎不全以外の腎疾患 6. 糖尿病 7. 肝臓病 8. その他()

		回答	あてはまるもの1つに○をつけて下さい
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	1. よい 2. まあよい 3. ふうふう 4. あまりよくない 5. よくない	
2	毎日の生活に満足していますか	1. はい 2. いいえ	
3	1日3食きちんと食べていますか	1. はい 2. いいえ	
4	半年前に比べて固いもの(さきいか、たくあんなど)が食べにくくなりましたか	1. はい 2. いいえ	
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい 2. いいえ	
6	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい 2. いいえ	
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	1. はい 2. いいえ	
8	この1年間に転んだことがありますか	1. はい 2. いいえ	
9	ウーキング等の運動を週に1回以上していますか	1. はい 2. いいえ	
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	1. はい 2. いいえ	
11	今日が何月何日かわからないときがありますか。	1. はい 2. いいえ	
12	あなたはたばこを吸いますか	1. 吸っている 2. 吸っていない 3. やめた	
13	週に1回以上は外出していますか	1. はい 2. いいえ	
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	1. はい 2. いいえ	
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	1. はい 2. いいえ	

項目	基準値		今回	判定		
	男	女		基準内範囲	改善必要	受診勧奨
身体計測	身長 (cm)		<input type="text"/>			
	体重 (kg)		<input type="text"/>			
	BMI	18.5～24.9	<input type="text"/>			
血圧	収縮期血圧 (mmHg)	129以下	<input type="text"/>			
	拡張期血圧 (mmHg)	84以下	<input type="text"/>			
採血時間	2: 食後10時間以上 3: 食後3.5時間以上10時間未満 4: 食後3.5時間未満					
生化学検査	空腹時中性脂肪(mg/dl)	149以下	<input type="text"/>			
	随時中性脂肪 (mg/dl)	174以下	<input type="text"/>			
	HDL-コレステロール(mg/dl)	40以上	<input type="text"/>			
	LDL-コレステロール(mg/dl)	119以下	<input type="text"/>			
	AST(GOT) (IU/l)	30以下	<input type="text"/>			
	ALT(GPT) (IU/l)	30以下	<input type="text"/>			
	γ-GT (IU/l)	50以下	<input type="text"/>			
血糖検査	クレアチニン (mg/dl)	0.45以下 1.14以下	<input type="text"/>			
	eGFR (ml/min/1.73m ²)	60以上	<input type="text"/>			
	空腹時血糖 (mg/dl)	99以下	<input type="text"/>			
尿糖検査	随時血糖 (mg/dl)	99以下※1	<input type="text"/>			
	ヘモグロビンA1c (NGSP値) (%)	5.5以下	<input type="text"/>			
尿検査	尿糖	(-)	1.- 2.± 3.+ 4.++ 5.+++			
	尿蛋白	(-)	1.- 2.± 3.+ 4.++ 5.+++			
総合医師判断	*健診の結果を踏まえた医師の所見 1. 異常認めず 2. 要指導 生活習慣の改善と経過観察が必要 3. 要医療 ()					

※1 食後3.5時間以上10時間未満に採血した場合の基準値

医療機関番号

所在地

医療機関 名称

電話番号

担当医師名