

後期高齢者健康診査質問票

受診されます前に、必ず住所・氏名等及び質問項目をご自身にてご記入ください。
(回答欄の該当する項目に○をつけてください。)

住 所	(〒)	電話番号	()
		生年月日	明治・大正 昭和 年 月 日
フリガナ		性 別	男性 ・ 女性
氏 名		年 齢	歳

番号	質問項目	回答(いずれかに○)	
1-1	血圧を下げる薬を服用している。	1. はい	2. いいえ
1-2	血糖を下げる薬またはインスリン注射を使用している。	1. はい	2. いいえ
1-3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用している。	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る。	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る。	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(人工透析など)を受けたことがある。	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る。「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「今までに合計100本以上」、または「6ヶ月以上吸っている者」であり最近1ヶ月間も吸っている者)	1. はい	2. いいえ
9	20歳の時の体重から10キロ以上増加している。	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回以上、1年以上実施している。	1. はい	2. 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る。	1. はい	2. いいえ
12	同世代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. 普通 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	朝昼夜の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)を現在どのくらいの頻度で飲みますか？	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当りの飲酒量はどれだけですか？ 日本酒1合(180ml)の目安:ビール(500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3合以上	
20	睡眠で休養が得られている。	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(概ね6ヶ月以内) 3. 近いうち(概ね1ヶ月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている 4. 既に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5. 既に取り組んでいる(6ヶ月以上)	
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか？	1. はい	2. いいえ

以下の欄は、医療機関・健診機関にて記載します。(各種機関の方へ:右詰で記入してください)

《 受診情報 》

実施区分	(該当区分に○)	個別	集団
実施年月日	(西暦)		

《 健診機関情報 》

健診機関番号	
--------	--

《 受診券情報 》

保険者番号	/ / /
整理番号	/ / /
被保険者番号	/ / /

《 窓口負担額 》

窓口負担額	
-------	--

既往歴	あり ()・なし
自覚症状	あり ()・なし
他覚症状	あり ()・なし

区分	項目	結 果	単位
身体測定	身長		cm
	体重		kg
	BMI		kg/m ²

理学的検査(身体診察)	
-------------	--

区分	項目	結 果	単位
血圧	収縮期血圧	/ / /	mmHg
	拡張期血圧	/ / /	mmHg
血中脂質検査	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
	non-HDLコレステロール	/ / /	mg/dl
肝機能検査	GOT (AST)	/ / /	IU/L
	GPT (ALT)	/ / /	IU/L
	γ-GT (γ-GTP)	/ / /	IU/L
血糖検査	空腹時血糖	/ / /	mg/dl
	採血時間(食後)	/ / /	時間
	HbA1c(NGSP値で記入)	/ / /	%
	随時血糖	/ / /	mg/dl
尿検査	糖	1.- 2.± 3.+ 4.++ 5.+++	
	蛋白	1.- 2.± 3.+ 4.++ 5.+++	
尿検査	潜血	1.- 2.± 3.+ 4.++ 5.+++	
肝機能検査	アルブミン	/ / /	g/dl
腎機能検査	BUN(尿素窒素)	/ / /	mg/dl
尿酸代謝検査	尿酸	/ / /	mg/dl
末梢血液一般検査	白血球数	/ / /	mg/dl

貧血検査	赤血球数	/ / /	万/mm ³
	血色素量(ヘモグロビン値)	/ / /	g/dl
	ヘマトクリット値	/ / /	%
貧血検査(実施理由) 詳細項目として実施した場合は記入			
心電図	心電図所見の有無(所見) 所見ありの場合は所見を記入	1. 所見あり 2. 所見なし	所見
	心電図対象者/実施理由 詳細項目として実施した場合は対象者と実施理由を記入	1. 検査結果による対象者 2. 不整脈による対象者	実施理由
クレアチニン	クレアチニン	/ / /	mg/dl
	eGFR	/ / /	ml/min/1.73m ²
クレアチニン対象者/実施理由 詳細項目として実施した場合は対象者と実施理由を記入			
1. 検査結果による対象者 実施理由			

【一定の基準の下、医師が必要と認めた場合】

眼底検査	眼底検査(キースワグナー分類)	1.0 2.I 3.IIa 4.IIb 5.III 6.IV
	眼底検査(シェイエ分類:H)	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
	眼底検査(シェイエ分類:S)	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
	眼底検査(SCOTT分類)	1. I(a) 2. I(b) 3. II 4. III(a) 5. III(b) 6. IV 7. V(a) 8. V(b) 9. VI
	眼底検査(Wong-Mitchell分類)	1. 所見なし 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度
	眼底検査(改変Davis分類)	1. 網膜症なし 2. 単純網膜症 3. 増殖前網膜症 4. 増殖網膜症
	眼底検査(その他の所見)	
眼底検査対象者/実施理由 実施した場合は対象者と実施理由を記入		1. 検査結果による対象者 実施理由

医師の判断	医師の氏名	受診機関名
-------	-------	-------

(網掛部分は必要に応じてご記入ください)