

## 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。  
(回答欄に該当する項目に○をつけてください。)

住所	(〒      )	電話番号	(      )
フリガナ		生年月日	明治・大正      年      月      日 昭和
氏名		性別	男性      ・      女性
		年齢	歳

番号	質問項目	回答(いずれかに○)
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ふつう      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満足      ②やや満足 ③やや不満      ④不満
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(*)が食べにくくなりましたか？ *さきいか、たくあんなど	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	ウォ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言われていませんか？	①はい      ②いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか？	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

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 <sup>2</sup>

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		/mm <sup>3</sup>

詳細実施基準・・・貧血の既往を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

貧血検査	赤血球数		万/mm <sup>3</sup>
	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		

詳細実施基準・・・収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上又は不整脈が疑われる者

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

詳細実施基準・・・収縮期血圧130mmHg以上、拡張期血圧85mmHg以上、空腹時(随時)血糖値100mg/dl以上、HbA1c5.6%以上のいずれかに該当

クレアチニン	クレアチニン		mg/dl
	eGFR 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「」記入ください)