

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	(〒 ー)	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 言われていますか？	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			
既往歴	あり ()・なし		
自覚症状	あり ()・なし		
他覚症状	あり ()・なし		

《 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	

理学的検査(身体診察)	
-------------	--

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

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	採血時間(食後)	/ / / / / / / / / / / / / / / /	時間
	空腹時中性脂肪	/ / / / / / / / / / / / / / / /	mg/dl
	随時中性脂肪	/ / / / / / / / / / / / / / / /	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	AST(GOT)	/ / / / / / / / / / / / / / / /
ALT(GPT)		/ / / / / / / / / / / / / / / /	IU/L
γ-GT(γ-GTP)		/ / / / / / / / / / / / / / / /	IU/L
血糖検査	空腹時血糖	/ / / / / / / / / / / / / / / /	mg/dl
	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 ³

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 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		

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 2.1 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

測定不可能・検査未実施の理由

医師の判断	1. 生理中 2. 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する 3. その他
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)