

質問票兼健診項目チェックシート

氏名	
----	--

1. 次の質問①～④にご回答をお願いします。(☑をつけてください。)

- ①既往歴について、該当するものはありますか？
特になし 脳卒中 心臓病 腎不全 その他()
- ②自覚症状について、該当するものはありますか？
特になし あり() 例)しびれ、めまい 等
 ※ありの場合は必ず記入してください
- ③現在、下記のいずれかの薬を服用していますか？
特になし 血圧を下げる薬 血糖を下げる薬(インスリン注射含む) コレステロールを下げる薬
- ④現在、たばこを習慣的に吸っていますか？
はい いいえ ※「習慣的に喫煙している」とは、「これまでに本数合計が 100 本以上または、6 カ月以上吸っている」ことであり、最近 1 カ月間も吸っていることをいいます。

2. 受診結果の数値をご記入ください。受診結果とあわせてご提出ください。

項目をすべて受診していない場合は助成できませんので、必ずご確認ください。

身体測定		血液検査	
身長 (cm)		中性脂肪 (mg/dl)	
体重 (kg)		HDLコレステロール (mg/dl)	
BMI		LDLコレステロール (mg/dl)	
腹囲 (cm)※1		AST または GOT (U/l)	
理学的所見		ALT または GPT (U/l)	
診察した医師の名前		γ-GT または γ-GTP (U/l)	
		空腹時血糖	※2 いずれか
		随時血糖(食後 時間)	
判定結果	<input type="checkbox"/> あり	HbA1c (ヘモグロビン A1c) (%)	
血圧測定		尿検査	
収縮期(最高)(mmHg)		尿糖	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++
拡張期(最低)(mmHg)		尿蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++

※1 腹囲は、BMI が 20 未満の場合は省略可、22 未満の場合は自己測定可。

※2 空腹時血糖(やむを得ない場合随時血糖)と HbA1cはどちらか一方でも可。

記入例

質問票兼健診項目チェックシート

氏名

3. 次の質問①～④にご回答をお願いします。(☑をつけてください。)

①既往歴について、該当するものはありますか？

特になし 脳卒中 心臓病 腎不全 その他()

②自覚症状について、該当するものはありますか？

特になし あり() 例)しびれ、めまい 等

※ありの場合は必ず記入してください

③現在、下記のいずれかの薬を服用していますか？

特になし 血圧を下げる薬 血糖を下げる薬(インスリン注射含む) コレステロールを下げる薬

④現在、たばこを習慣的に吸っていますか？

はい いいえ

※「習慣的に喫煙している」とは、「これまでに本数合計が 100 本以上または、6 カ月以上吸っている」ことであり、最近 1 カ月間も吸っていることをいいます。

2. 受診結果の数値をご記入ください。受診結果とあわせてご提出ください。

項目をすべて受診していない場合は助成できませんので、必ずご確認ください。

身体測定		血液検査	
身長 (cm)	165.0	中性脂肪 (mg/dl)	150
体重 (kg)	60.0	HDLコレステロール (mg/dl)	40
BMI	22	LDLコレステロール (mg/dl)	120
腹囲 (cm)※1	80.5	AST または GOT (U/l)	30
理学的所見		ALT または GPT (U/l)	30
診察した医師の名前		γ-GT または γ-GTP (U/l)	50
東京 太郎	空腹時血糖	} ※2 いずれか	99
	随時血糖(食後 時間)		
判定結果	<input checked="" type="checkbox"/> あり	HbA1c (ヘモグロビン A1c) (%)	5.5
血圧測定		尿検査	
収縮期(最高)(mmHg)	129	尿糖	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++
拡張期(最低)(mmHg)	84	尿蛋白	<input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++

※1 腹囲は、BMI が 20 未満の場合は省略可、22 未満の場合は自己測定可。

※2 空腹時血糖(やむを得ない場合随時血糖)と HbA1cはどちらか一方でも可。