

# 特定健診結果記入票（個別）

加入者番号		生年月日			性別	受診者氏名	
記号	番号	年	月	日	男 ・ 女	フリガナ	漢字
		(昭和)					
住所	〒 - -						
電話	- -						

健診項目		回答欄		健診項目		回答欄	
健診年月日（和暦）		令和	年 月 日	尿中の糖		<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+以上	
身体計測	身長	.	cm	尿検査	※尿検査欄ではなく、糖代謝等、血糖値の項目として記載されている場合があります。		
	体重	.	kg		尿中の蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+以上	
	BMI	.	kg/m <sup>2</sup>		尿検査未実施・測定不能の理由	<input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する	
	腹囲 又は 内臓脂肪面積 (BMI20未満の場合は不要) ※「妊産婦」の場合は、 欄外◆を確認してください	腹囲	.			cm	<input type="checkbox"/> 未実施等の理由が「その他」の場合は ( ) 内を必ずご記入ください。
血圧	最高血圧（収縮期血圧）		mmHg	所見	<input type="checkbox"/> その他( )		
	最低血圧（拡張期血圧）		mmHg		<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		
血中脂質	HDLコレステロール		mg/dl	既往歴	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		
	LDLコレステロール		mg/dl		問診結果等より特記すべきことがある場合は「有」に☑をして、( ) 内に具体的な内容を必ずご記入ください。		
	non-HDLコレステロール (食後採血が中性脂肪400mg/dl以上)	「LDLコレステロール」を記入した場合、 空欄でも可			mg/dl	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無	
	空腹時中性脂肪・随時中性脂肪 (TG・トリグリセリド) ※空腹時中性脂肪（食後10時間以上） 随時中性脂肪（空腹時以外）	空腹時中性脂肪			mg/dl	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無	
肝機能	AST (GOT)		IU/l	自覚症状 (例：めまい)	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		
	ALT (GPT)		IU/l		<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		
	γ-GT (γ-GTP)		IU/l		<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		
血糖	空腹時血糖・HbA1c・随時血糖	空腹時血糖		①質問必須項目	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	※空腹時血糖（食後10時間以上） 随時血糖（食後3.5時間以上 10時間未満）	HbA1c		インスリン注射又は血糖を下げる薬の使用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		随時血糖		mg/dl	コレステロール又は中性脂肪を下げる薬の使用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
採血	採血時間（食後）	<input type="checkbox"/> 食後10時間以上	腎機能	たばこを習慣的に吸っているか			
		<input type="checkbox"/> 食後3.5時間以上10時間未満		<input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ(上記以外)			
		<input type="checkbox"/> 食後3.5時間未満		※「習慣的に喫煙している」とは、次の条件1と条件2を両方満たす場合をいいます 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている ※電子タバコを含みます			
			血清クレアチニン		mg/dl		
			eGFR		ml/min / 1.73m <sup>2</sup>		
			実施した理由	<input type="checkbox"/> 医師の判断 <input type="checkbox"/> その他			

- ・本紙のすべての項目を記入してください（実施していない場合等を除く）。
- ・本紙「腎機能」と別紙「標準的な質問票」に回答・提出した場合は、より個人に合った特定保健指導を受けることができます。
- ◎ 別紙「標準的な質問票」を提出する場合は、本紙の質問必須項目と回答が相違ないようにご注意ください。
- ◆ 「妊産婦」の場合は、特定健康診査の報告対象外となり、別途「特定健康診査除外報告書」の提出が必要です。当該用紙は、私学共済HPよりダウンロードできます。