

# 健康診査結果表

おもて

健診年月日	年 月 日
医療機関の所在地及び名称・医師の氏名	

受診者氏名		保険者番号	
生年月日・性別	年 月 日 (男・女)	被保険者番号	
住所			

○基本項目

問診・診察	既往歴						
	服薬・喫煙歴						
	自覚症状						
	他覚症状						
区分	検査項目	結果	所見等				
身体計測	身長	[cm]					
	体重	[kg]					
	BMI						
血圧	収縮期血圧	[mmHg]					
	拡張期血圧	[mmHg]					
血中脂質	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]					
肝機能	AST	[U/l]					
	ALT	[U/l]					
	γ-GT	[U/l]					
血糖 (いずれかで可)	空腹時血糖(やむを得ない場合には随時血糖)	[mg/dl]					
	ヘモグロビンA1c	[%]					
尿検査	尿糖						
	尿たんぱく						
後期 高齢者の 質問票	質問項目		回答				
	1	現在の健康状態はどうか	①	②	③	④	⑤
	2	毎日の生活に満足しているか	①	②	③	④	
	3	1日3食きちんと食べているか	①	②			
	4	固いものが食べにくくなったか	①	②			
	5	お茶や汁物等でむせることがあるか	①	②			
	6	2~3kg以上の体重減少があったか	①	②			
	7	歩行速度が遅くなったか	①	②			
	8	この1年間に転んだか	①	②			
	9	運動を週1回以上行っているか	①	②			
	10	物忘れがあるとされているか	①	②			
	11	今日の日付がわからない時があるか	①	②			
	12	タバコを吸うか	①	②	③		
	13	週に1回以上外出しているか	①	②			
	14	ふだんから家族や友人と付き合いがあるか	①	②			
15	身近に相談できる人がいるか	①	②				

※全ての項目を実施すること。

## ○詳細項目

区分	検査項目	結果	所見等
貧血検査	赤血球数	[万/ $\mu$ l]	
	血色素量	[g/dl]	
	ヘマトクリット値	[%]	
心電図検査			
眼底検査			
腎機能検査	血清クレアチニン値	[mg/dl]	

※各項目の基準に該当し、かつ、医師が必要と判断し実施した場合のみ記載してください。

医師の所見 (総合判定)	
-----------------	--

(この表は、北海道後期高齢者医療広域連合の健診費用助成制度の申請に必要な結果表の見本です。必要な検査項目の結果が確認できるものであれば、医療機関指定の用紙でも差し支えありません。)