

【令和 年度】

後期高齢者の健康診査情報提供票

【保険者記入欄】

※フリガナ		保険者番号	3 9 4 6	
氏名		生年月日	昭和 年 月 日	
住所	〒	性別/年齢	男 女	歳
		受診券整理番号		
		被保険者証番号		

【医療機関記入欄】

治療中の疾患の名称（主病を明記してください）		主病名：			
項目		結果	追加検査実施 (○を記入)	注意事項	
基本項目	身体計測	身長	cm	小数点以下1桁	
		体重	kg	小数点以下1桁	
		腹囲	*****	*****	*****
		BMI	kg/m <sup>2</sup>		小数点以下1桁
血圧	収縮期血圧	mmHg			
	拡張期血圧	mmHg			
血中脂質検査	空腹時中性脂肪（TG） （食後10時間以上）	mg/dl		いずれかで可	
	随時中性脂肪 （食後3.5時間以上10時間未満）	mg/dl			
	随時中性脂肪 （食後3.5時間未満）	mg/dl			
	HDL-C	mg/dl		いずれかで可	
	LDL-C	mg/dl			
	non-HDL-C	mg/dl			
肝機能検査	AST（GOT）	U/l			
	ALT（GPT）	U/l			
	γ-GT（γ-GTP）	U/l			
血糖検査	空腹時血糖（FBS） （食後10時間以上）	mg/dl		いずれかで可 （HbA1cは小数点以下1桁）	
	随時血糖 （食後3.5時間以上10時間未満）	mg/dl			
	HbA1c（NGSP値）	%			
尿検査	尿糖	- ± + 2+ 3+			
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+			
質問票確認	裏面質問票の記入確認（15項目全て記入してください）				

【〇〇地区追加項目医療機関記入欄】

尿検査	尿潜血	- ± + 2+ 3+		
腎臓検査	尿酸（UA）		mg/dl	小数点以下1桁
	クレアチニン（CRE）		mg/dl	小数点以下2桁

※「追加検査実施」欄は、追加検査として実施した項目に○をつけてください。

※追加検査実施日 又は  
※基本項目記入年月日：令和 年 月 日

<p>■「医師の意見」</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 異常認めず</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 要指導・観察</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 要医療</p>	<p>■尿検査の測定不可能・検査未実施の理由</p> <p><input type="checkbox"/> 生理中</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>
--	--

医療機関住所： \_\_\_\_\_

※医療機関番号： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_

※医師名： \_\_\_\_\_

■本人同意欄（自筆）

この提供票・質問票を〇〇市（町村）に提出することに同意いたします。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

※ご記入が不自由な方の場合、医療機関従事者の代筆で結構です。その場合代筆者の記名・押印をお願いします。

後期高齢者の健康診査情報提供【質問票】

受診者氏名：

質問事項		回答欄				
		あてはまる番号に○をつけてください。				
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. ふうふう	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	半年前に比べて硬いもの(※)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カ月間で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されていますか	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	体調が悪い時に、身近に相談できる人がいますか	1. はい		2. いいえ		

- 質問票はご本人が御記入ください。ただし、ご記入が不自由な方は代筆で結構です。
- 情報提供票作成医療機関において、質問事項の記入確認をお願いします。