

19年度

小郡市基本健康診査結果票【医師記入欄】

| 項目     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 基準値                                                                                                                                                                              | 結果                  |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 身体計測   | 身長                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                  | cm                  |
|        | 体重                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                  | kg                  |
|        | BMI<br>(体重kg)÷(身長m)÷(身長m)                                                                                                                                                                                                                                                                       | 18.5~24.9                                                                                                                                                                        |                     |
| 血圧     | 1回目                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 収縮期：80~139                                                                                                                                                                       | mmHg                |
|        | 2回目                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 拡張期：50~89                                                                                                                                                                        | mmHg                |
| 尿検査    | 蛋白                                                                                                                                                                                                                                                                                              | (-)                                                                                                                                                                              | - ± + ++ +++        |
|        | 糖                                                                                                                                                                                                                                                                                               | (-)                                                                                                                                                                              | - ± + ++ +++        |
|        | 潜血                                                                                                                                                                                                                                                                                              | (-)                                                                                                                                                                              | - ± + ++ +++        |
| 糖代謝    | 血糖                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 空腹時109以下<br>随時139以下                                                                                                                                                              | (空腹時・随時) mg/dl      |
|        | HbA1c ※                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 5.4以下                                                                                                                                                                            | %                   |
| 貧血     | 赤血球 ●※                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 男420~550<br>女380~480                                                                                                                                                             | 10 <sup>4</sup> /μl |
|        | ヘモグロビン ●※                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 男13.0~16.0<br>女12.0~15.5                                                                                                                                                         | g/dl                |
|        | ヘマトクリット ●※                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 男38.0~49.0<br>女36.0~45.0                                                                                                                                                         | %                   |
|        | 白血球                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 3500~9000                                                                                                                                                                        | /μl                 |
| 脂質     | 総コレステロール                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 男150~199<br>女150~219                                                                                                                                                             | mg/dl               |
|        | HDLコレステロール                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 40以上                                                                                                                                                                             | mg/dl               |
|        | 中性脂肪                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 149以下                                                                                                                                                                            | mg/dl               |
| 肝機能    | GOT                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 40以下                                                                                                                                                                             | IU/l                |
|        | GPT                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 35以下                                                                                                                                                                             | IU/l                |
|        | γ-GTP                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 60以下                                                                                                                                                                             | IU/l                |
|        | 血清アルブミン ●※                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4.0~5.0                                                                                                                                                                          | g/dl                |
| 腎機能    | クレアチニン                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1.29以下                                                                                                                                                                           | mg/dl               |
| 心電図 ●※ | 0. 所見なし<br>1. 期外収縮(上室・心室)<br>2. 不完全右脚ブロック<br>3. Sv1+Rv5>35mm<br>4. RV5,V6>26mm<br>5. 肢誘導R>20mm<br>6. 房室ブロック(1度)<br>7. 完全右脚ブロック<br>8. ST低下≥0.5mm<br>9. T/R<1/10<br>10. T逆転<br>11. 異常Q(心筋梗塞)<br>12. WPW症候群<br>13. 心房細・粗動<br>14. 期外収縮頻発(上室・心室)<br>15. 房室ブロック(2度以上)<br>16. 完全左脚ブロック<br>999. その他 [ ] | 判定<br><br>正常<br>軽度異常<br>異常                                                                                                                                                       |                     |
|        | 診察所見 ●                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 0. 所見なし<br>1. 貧血<br>19. 浮腫<br>25. 黄疸<br>16. 胸部異常<br>7. 不整脈<br>8. 心音異常<br>17. 腹部異常<br>10. 皮膚病変<br>18. 四肢異常<br>12. 神経異常<br>13. 関節異常<br>14. リンパ節腫大<br>26. 口腔内の異常<br>999. その他の異常 [ ] |                     |
| ●      | 反復唾液嚥下テスト ●※                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 空嚥下回数 ( )                                                                                                                                                                        | 回/30秒               |

※印は選択項目です  
●印は生活機能評価に関する項目です

|        |    |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 眼底検査 ※ | 判定 | 1. 狭細 (-・+・++・判定不能)<br>2. 口径不同 (-・+・++・+)<br>3. 反射 (-・+a・+b・銅線化・銀線化)<br>4. 交叉現象/走行変化 (-・+・++・+)<br>5. 交叉現象/管径変化 (-・+・++・+)<br>6. 交叉現象/隠伏 (-・+・++・+)<br>7. 交叉現象/塞止 (-・+・++・+)<br>8. 交叉現象/交叉部なし(判定不能)<br>9. 出血 (-・+)<br>10. 白斑 (-・+)<br>11. 乳頭浮腫 (-・+)<br>12. その他 [ ] |
|        |    | Kith-Wagener (O・I・IIa・IIb・III・IV) 群<br>正常・軽度異常・異常・判定不能                                                                                                                                                                                                              |

|                 |                                                                             |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 総合的指示事項 ●       | 1. 循環器疾患(血圧・脂質・心臓・脳卒中)<br>2. 貧血<br>3. 糖尿病<br>4. 肝疾患<br>5. 腎疾患<br>6. その他 [ ] |
| 指導区分(医療必要度判定) ● | 異常なし 要指導 要医療                                                                |

|                                                                                                        |                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護予防のための生活機能評価判定報告書 ●                                                                                  |                                                                                                                                                                           |
| 該当する項目に☑を記入してください                                                                                      |                                                                                                                                                                           |
| 1. 生活機能の低下の有無                                                                                          |                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 生活機能の低下あり<br>医学的観点からみた事業利用の適否<br>☑介護予防事業の利用が望ましい<br>☑医学的な理由により次の介護予防事業の利用は不適當 | <input type="checkbox"/> 生活機能の低下なし                                                                                                                                        |
| 病状悪化のおそれがある<br>治療上の支障がある等                                                                              | <input type="checkbox"/> 全て<br><input type="checkbox"/> 栄養改善<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 運動器の機能向上<br><input type="checkbox"/> 口腔機能の向上 |
| ※チェックされていないプログラムは利用が望ましいプログラムとなる                                                                       |                                                                                                                                                                           |
| ↓ 『生活機能の低下あり』の場合、2を記入してください。                                                                           |                                                                                                                                                                           |
| 2. 介護予防サービス利用にあたっての留意事項等                                                                               |                                                                                                                                                                           |
| 利用の際の医学的管理からの留意事項(例:「運動機能向上」が考えられる場合、血圧測定、心電図検査、貧血検査等の結果より留意事項があれば記載してください)                            |                                                                                                                                                                           |
| その他サービス利用にあたっての特記事項等(例:一人暮らし、難聴等)                                                                      |                                                                                                                                                                           |

|       |         |   |   |
|-------|---------|---|---|
| 健診実施日 | 年       | 月 | 日 |
| 医療機関名 | TEL ( ) |   |   |
| 医師名   |         |   |   |

〒

住所

氏名

小郡市基本健康診査受診票

(施設健診用)

電話番号

基本チェックリスト

あなたの健康状態について、お尋ねします。太枠内をご記入ください。

病歴 次の病気にかかったことがありますか。または、現在治療をしていますか。

1. 治療中：医療機関で内服、点眼、注射、処置等の治療を受けている場合
2. 管理中：医療機関で検査のみ受けている場合や、栄養指導、生活指導等を受けている場合

| No | 病名         | 発病年齢 | 現 在 の 状 況 |        |        |                |
|----|------------|------|-----------|--------|--------|----------------|
| 3  | 高血圧        | 歳頃   | 0. なし     | 1. 治療中 | 2. 管理中 | 3. 治癒 4. 放置・中断 |
| 5  | 脳卒中        | 歳頃   | 0. なし     | 1. 治療中 | 2. 管理中 | 3. 治癒 4. 放置・中断 |
| 28 | 虚血性心臓病     | 歳頃   | 0. なし     | 1. 治療中 | 2. 管理中 | 3. 治癒 4. 放置・中断 |
| 23 | 心不全        | 歳頃   | 0. なし     | 1. 治療中 | 2. 管理中 | 3. 治癒 4. 放置・中断 |
| 24 | 不整脈        | 歳頃   | 0. なし     | 1. 治療中 | 2. 管理中 | 3. 治癒 4. 放置・中断 |
| 25 | その他循環器系の病気 | 歳頃   | 0. なし     | 1. 治療中 | 2. 管理中 | 3. 治癒 4. 放置・中断 |
| 6  | 糖尿病        | 歳頃   | 0. なし     | 1. 治療中 | 2. 管理中 | 3. 治癒 4. 放置・中断 |
| 15 | 高脂血症       | 歳頃   | 0. なし     | 1. 治療中 | 2. 管理中 | 3. 治癒 4. 放置・中断 |
| 14 | 貧血         | 歳頃   | 0. なし     | 1. 治療中 | 2. 管理中 | 3. 治癒 4. 放置・中断 |
| 26 | 骨粗鬆症       | 歳頃   | 0. なし     | 1. 治療中 | 2. 管理中 | 3. 治癒 4. 放置・中断 |
| 29 | 変形性関節症     | 歳頃   | 0. なし     | 1. 治療中 | 2. 管理中 | 3. 治癒 4. 放置・中断 |
| 27 | うつ         | 歳頃   | 0. なし     | 1. 治療中 | 2. 管理中 | 3. 治癒 4. 放置・中断 |
| 99 | その他（ ）     | 歳頃   | 0. なし     | 1. 治療中 | 2. 管理中 | 3. 治癒 4. 放置・中断 |

自覚症状 現在、あなたにあてはまる症状がありますか。該当する番号を○で囲んでください。

|                 |               |           |            |
|-----------------|---------------|-----------|------------|
| 0. 特にない         | 20. 下痢        | 48. 胃の痛み  | 57. よく眠れない |
| 3. 動悸や息切れ       | 27. 残尿感がある    | 49. 腹痛    | 58. 便秘     |
| 5. 胸を締めつけるような痛み | 35. 手足のしびれ    | 50. 血便が出る | 99. その他    |
| 6. 痰や咳          | 36. 頭痛        | 51. 肩の凝り  |            |
| 16. 食欲がない       | 38. めまい、立ちくらみ | 52. 腰の痛み  |            |
| 18. 胃のもたれ胸やけ    | 42. 耳鳴り       | 53. 関節の痛み |            |

家族歴 血縁者（祖父母・両親・兄弟）に次の病気がありますか。該当する番号を○で囲んでください。

0. なし 1. 糖尿病 2. 高血圧 3. 心臓病 4. がん 5. 脳卒中

嗜好その他 該当する番号に○または数字を記入してください。

食生活

①食事は、1日3回規則的にとりますか。 1. 規則的 2. 不規則

②味付けの好み（塩分・甘味・油分）について、該当する番号を○で囲んでください。

塩分

1. 控えめ  
2. 普通  
3. 多め

甘味

1. 控えめ  
2. 普通  
3. 多め

油分

1. 控えめ  
2. 普通  
3. 多め

飲 酒

①飲酒の習慣はありますか。  
1. ない 2. ある

②1日の飲酒量  
( ) 合/日

③1週間の飲酒回数  
( ) 回/週

飲酒量(合)への換算

ビール

大ビン→1.0合

焼酎(コップ1杯)→1.8合

中ビン→0.8合

ウイスキー(コップ1杯)→0.8合

小ビン→0.5合

ワイン(コップ1杯)→0.8合

喫 煙

①喫煙の習慣はありますか。  
1. ない 2. やめた 3. ある

②1日の喫煙本数  
( ) 本/日

③喫煙期間(年数)  
( ) 年間

運 動  
(散歩等)

1. よくする  
(3～4回/週)

2. 時々する  
(1～2回/週)

3. ほとんどしない

| No. | 質問事項                                | 回 答<br>(いずれかに○を付けてください) |        | 区分          |
|-----|-------------------------------------|-------------------------|--------|-------------|
| 1   | バスや電車で1人で外出していますか                   | 0. はい                   | 1. いいえ | A<br>( /20) |
| 2   | 日用品の買物をしていますか                       | 0. はい                   | 1. いいえ |             |
| 3   | 預貯金の出し入れをしていますか                     | 0. はい                   | 1. いいえ |             |
| 4   | 友人の家を訪ねていますか                        | 0. はい                   | 1. いいえ |             |
| 5   | 家族や友人の相談にのっていますか                    | 0. はい                   | 1. いいえ |             |
| 6   | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか               | 0. はい                   | 1. いいえ | B<br>( /5)  |
| 7   | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか        | 0. はい                   | 1. いいえ |             |
| 8   | 15分位続けて歩いていますか                      | 0. はい                   | 1. いいえ |             |
| 9   | この1年間に転んだことがありますか                   | 1. はい                   | 0. いいえ |             |
| 10  | 転倒に対する不安は大きいですか                     | 1. はい                   | 0. いいえ |             |
| 11  | 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか            | 1. はい                   | 0. いいえ | C<br>( /2)  |
| 12  | 身長_____cm 体重_____kg (BMI=_____) (注) |                         |        |             |
| 13  | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか             | 1. はい                   | 0. いいえ | D<br>( /3)  |
| 14  | お茶や汁物等でむせることがありますか                  | 1. はい                   | 0. いいえ |             |
| 15  | 口の渇きが気になりますか                        | 1. はい                   | 0. いいえ |             |
| 16  | 週1回以上は外出していますか                      | 0. はい                   | 1. いいえ | E<br>( /2)  |
| 17  | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか                 | 1. はい                   | 0. いいえ |             |
| 18  | 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ますか   | 1. はい                   | 0. いいえ | F<br>( /3)  |
| 19  | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることができますか          | 0. はい                   | 1. いいえ |             |
| 20  | 今日が何月何日かわからない時がありますか                | 1. はい                   | 0. いいえ |             |
| 21  | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない                 | 1. はい                   | 0. いいえ | G<br>( /5)  |
| 22  | (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった     | 1. はい                   | 0. いいえ |             |
| 23  | (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる   | 1. はい                   | 0. いいえ |             |
| 24  | (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない              | 1. はい                   | 0. いいえ |             |
| 25  | (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする             | 1. はい                   | 0. いいえ |             |

すべて答えたかどうか、もう一度ご確認ください。  
(注)BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。