

# 質 問 票

保険者番号	0 0 0 9 3 0 1 3	保険者名	全国歯科医師国民健康保険組合
受診者の被保険者証記号・番号	受診者氏名(フリガナ)		生年月日
全歯		フリガナ	年 月 日
		性別	年齢
			西暦
			男 女
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			歳

質 問 項 目		回 答	
		①はい	②いいえ
1-3 現在、aからcの薬の使用の有無※①			
1	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療（人工透析等）を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	① <input type="checkbox"/> はい（条件1と条件2両方満たす） ② <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない（条件2のみ）	③ <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① <input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる ② <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ <input type="checkbox"/> ほとんどかめない	
14	人と比較して食べる速度が速い。	① <input type="checkbox"/> 速い      ② <input type="checkbox"/> 普通      ③ <input type="checkbox"/> 遅い	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① <input type="checkbox"/> 毎日      ② <input type="checkbox"/> 時々 ③ <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない	
17	朝食を抜くことが週3回以上ある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒等）を飲む頻度	① <input type="checkbox"/> 毎日      ② <input type="checkbox"/> 週5～6日      ③ <input type="checkbox"/> 週3～4日 ④ <input type="checkbox"/> 週1～2日      ⑤ <input type="checkbox"/> 月に1～3日      ⑥ <input type="checkbox"/> 月に1日未満 ⑦ <input type="checkbox"/> やめた      ⑧ <input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない）	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・約500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、 ウイスキー（同43度・約60ml）、ワイン（同14度・約180ml）、 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	① <input type="checkbox"/> 1合未満      ② <input type="checkbox"/> 1～2合未満 ③ <input type="checkbox"/> 2～3合未満      ④ <input type="checkbox"/> 3～5合未満 ⑤ <input type="checkbox"/> 5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	運動や食生活の生活習慣を改善してみようと思う。	① <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない ② <input type="checkbox"/> 改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） ③ <input type="checkbox"/> 近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている（概ね1ヶ月以内） ④ <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） ⑤ <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）	
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※①医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。

# 健康診断結果報告書

(特定健診結果として登録します)

受診者の被保険者証記号・番号										受診者氏名(フリガナ)										生年月日			性別		年齢
全歯										フリガナ										年 月 日			男	女	歳
																				西暦			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
事業主の氏名並びに医療機関名										フリガナ										医療機関名					

↑事業主が報告する場合は記入の必要はありません。

受診年月日		西暦		年	月	日	実施機関		名称	担当医師名		所在地
-------	--	----	--	---	---	---	------	--	----	-------	--	-----

診察	既往歴	<input type="checkbox"/>	特記事項あり ( )	<input type="checkbox"/>	特記事項なし
	自覚症状	<input type="checkbox"/>	特記事項あり ( )	<input type="checkbox"/>	特記事項なし
	他覚症状	<input type="checkbox"/>	特記事項あり ( )	<input type="checkbox"/>	特記事項なし

検査成績	身体計測		血 圧		脂 質		
	身長	cm	最高	mmHg	中性脂肪	◎LDLコレステロール	◎総コレステロール
	体重	kg			mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ
	BMI	kg/m <sup>2</sup>	最低	mmHg	HDLコレステロール	◎non-HDLコレステロール	
	腹囲	cm			mg/dℓ	mg/dℓ	
	尿 検 査			肝 機 能 検 査			
尿糖	尿蛋白	AST (GOT)	ALT (GPT)	γ-GTP			
		U/ℓ	U/ℓ	U/ℓ			
採 血 時 間			糖 代 謝				
<input type="checkbox"/>	空腹時 (食後10h以上)	◎空腹時血糖	◎随時血糖	HbA1c			
<input type="checkbox"/>	随時 (食後3.5h~10h未満)	mg/dℓ	mg/dℓ	%			
<input type="checkbox"/>	食後3.5未満						
血 液 検 査							
赤血球数	ヘモグロビン	ヘマトクリット	白血球数				
/μℓ	g/dℓ	%	/μℓ				

医師の判断	メタボリック シンドローム判定	<input type="checkbox"/>	1. 基準該当	<input type="checkbox"/>	2. 予備軍該当	<input type="checkbox"/>	3. 非該当	<input type="checkbox"/>	4. 判定不能	
	所 見	<input type="checkbox"/>	1. 異常認めず	<input type="checkbox"/>	2. 要観察	<input type="checkbox"/>	3. 要指導	<input type="checkbox"/>	4. 治療中	<input type="checkbox"/>

注意事項	<p>1. 検査項目はすべて記載又はチェックしてください。ただし◎印は分かれば記載してください。</p> <p>2. 裏面も質問票もお忘れなく必ず記載してください。</p> <p>3. 健診実施時点で当組合の資格を喪失されていると報告はできません。</p> <p>4. この報告書で健診結果を提供していただくと、組合の特定健康診査のデータとして登録し、メタボリックシンドロームの階層化を経て、保健指導を利用することができます。</p> <p>5. この報告書は、組合の特定健康診査のデータとして匿名化され、部分的に国に提出されます。ご了承ください。</p>
------	--

※この申請にかかる個人情報、特定健康診査・特定保健指導以外の目的には使用いたしません。