

質問票 (あてはまる番号に○をつけてください。)

(氏名: )

現在の薬の使用の有無		
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	1. はい 2. いいえ
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	1. はい 2. いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	1. はい 2. いいえ
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。	1. はい 2. いいえ
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。	1. はい 2. いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	1. はい 2. いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	1. はい 2. いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」で、最近1ヶ月間も吸っている者	1. はい 2. いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	1. はい 2. いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上，1年以上実施していますか。	1. はい 2. いいえ
11	日常生活で歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	1. はい 2. いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	1. はい 2. いいえ
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. 何でもかんで食べることができる 2. 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. ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	1. 速い 2. 普通 3. 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	1. はい 2. いいえ
16	朝昼夕3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1. はい 2. いいえ
18	お酒（日本酒，焼酎，ビール，洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど摂取しない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合（180ml）の目安：ビール（500ml），焼酎25度（110ml） ウイスキーダブル1杯（60ml），ワイン2杯（240ml）	1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	1. はい 2. いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） 3. 近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている。 4. 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） 5. 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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	1. はい 2. いいえ

①基本的な健診項目のみ（金沢市、小松市、能美市、津幡町、羽咋市、志賀町、珠洲市、能登町が該当）

[令和5年度分] 様式有効期限：令和6年2月末

〇〇市町用

（本人記入欄） 医療等における検査データの提出にかかる同意書

私の医療機関検査データを国民健康保険特定健康診査の健診結果に代えること及び、  
〇〇市町に提出することについて同意します。

令和 年 月 日

氏名

提出された検査データは、個人情報保護法を遵守し、特定健診・特定保健指導の目的以外には使用いたしません。

（本人記入欄） 特定健康診査情報提供票

保険者番号		被保険者証記号番号	
特定健診受診券整理番号		有効期限	年 月 日迄
フリガナ氏名		性別	男・女
		生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 -	電話	- -

（医療機関記入欄）

医療機関名		医師名	
医療機関コード			
自覚症状	無・有 <span style="font-size: small;">※有は内容記入</span>	他覚症状	無・有 <span style="font-size: small;">※有は内容記入</span>
医師の総合診断	1. 治療中 2. 経過観察中 3. その他 ( ) 総合診断日： 年 月 日 ※治療疾患名を記載 1：高血圧 2：糖尿病 3：脂質異常症 4：その他疾患名 ( )		

●全て記入してください（必須項目）3か月以内のデータをご記入ください。

項目	結果		項目	結果	
身体計測	身長	<small>※小数点以下1桁</small>	肝機能検査	GOT (AST)	IU/l
	体重	<small>※小数点以下1桁</small>		GPT (ALT)	IU/l
	腹囲	<small>※小数点以下1桁</small>		γ-GT (γ-GTP)	IU/l
	BMI	<small>※小数点以下1桁</small> 体重(Kg)÷身長(m)÷身長(m)	血糖検査	①空腹時血糖	mg/dl
血圧	/	mmHg	必ず1つ以上を記載 ※データがある場合は全て記入ください	②HbA1c (NGSP値) ③	<small>※小数点以下1桁</small>
血中脂質検査	中性脂肪 (TG)	mg/dl	尿検査	③随時血糖 (食後3.5時間以上10時間未満)	mg/dl
	HDL-コレステロール	mg/dl		尿糖	1. (-) 2. (+-) 3. (1+) 4. (2+) 5. (3+)
	①LDL-コレステロール	mg/dl		尿蛋白	1. (-) 2. (+-) 3. (1+) 4. (2+) 5. (3+)
	②Non-HDLコレステロール	mg/dl			

血清クレアチニン◎	<small>※小数点以下2桁</small>	mg/dl
-----------	-------------------------	-------

◎マーク部分のHbA1cと血清クレアチニンについて検査データがあれば記載ください。無ければ記載不要です。

医療機関の方は、記入漏れがないか確認し、【様式2】と合わせて石川県医師会臨床検査センターにご提出ください。