

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。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1カ月間吸っている 条件2：生涯で6カ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	1. はい（条件1と条件2を両方満たす） 2. 以前は吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） 3. いいえ（1、2以外）	
9	20歳の時の体重から10 kg 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。 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	1. 毎日 2. 週5～6日 3. 週3～4日 4. 週1～2日 5. 月に1～3日 6. 月に1日未満 7. やめた 8. 飲まない（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（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3～5合未満 5. 5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すか。	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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ

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

[令和6年度分] 様式有効期限：令和7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。			
氏 名		令和	年 月 日

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	※有は内容記入	他覚症状	無・有	※有は内容記入
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	※小数点以下1桁 .	cm	肝機能 検査	A S T (GOT)		IU/l
	体重	※小数点以下1桁 .	kg		A L T (GPT)		IU/l
	腹囲	※小数点以下1桁 .	cm		γ - GT (γ - GTP)		IU/l
	B M I	※小数点以下1桁 . 体重(Kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)		血糖検査	空腹時血糖 (絶食10時間以上)		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	H b A 1 c ◎	※小数点以下1桁 .	%
どちらか を記載	空腹時中性脂肪 (絶食10時間以上)		mg/dl	尿検査	随時血糖 (※食直後を除く)		mg/dl
		随時中性脂肪 (※食直後を除く)			mg/dl	尿糖	1. (-) 2. (+ -) 3. (1 +) 4. (2 +) 5. (3 +)
	H D L - コレステロール		mg/dl		尿蛋白		1. (-) 2. (+ -) 3. (1 +) 4. (2 +) 5. (3 +)
	L D L - コレステロール		mg/dl				
	どちらか を記載	Non - HDL コレステロール				mg/dl	

※食直後とは、食事開始時間から3.5時間未満を指します

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

◎マーク部分のH b A 1 c 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。な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。