

後期高齢者健康診査基本様式

(後期高齢者医療被保険者用)

医療機関名 _____

医療機関コード _____

費用区分 どちらかに チェック	1. 一般	2. 無料券	保険者番号	3 9	被保険者番号
-----------------------	-------	--------	-------	-----	--------

※無料券記載の5桁の番号の記入は不要

↓ 太枠の中をご記入ください

フリガナ					左詰め 姓と名の間は1マスあ ける	生年月日	明 治	大 正	昭 和	年	月	日	
氏名						年齢	歳	性別	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女			
住所	岡山市 区				TEL	0 8 6		—					
						自宅・その他()		医療機関記入欄					
↓ 下記の質問のあてはまるものに○印をしてください						受診年月日	2 0	年	月	日			
1 あなたの現在の健康状態はいかがですか						<input type="radio"/> よい	<input type="radio"/> まあよい	<input type="radio"/> ふつう	<input type="radio"/> あまりよくない	<input type="radio"/> よくない			
2 毎日の生活に満足していますか						<input type="radio"/> 満足	<input type="radio"/> やや満足	<input type="radio"/> やや不満	<input type="radio"/> 不満				
3 1日3食きちんと食べていますか						<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ						
4 半年前に比べて固いもの(さきいか、たくあんなど)が食べにくくなりましたか						<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ						
5 お茶や汁物等でむせることがありますか						<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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						<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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						<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ						
8 この1年間に転んだことがありますか						<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ						
9 ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか						<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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 言われていますか						<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ						
11 今日が何月何日かわからない時がありますか						<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ						
12 あなたは、たばこを吸いますか						<input type="radio"/> 吸っている	<input type="radio"/> 吸っていない	<input type="radio"/> やめた					
13 週に1回以上は外出していますか						<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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						<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ						
15 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか						<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ						
						既往歴	特記すべきことなし 特記すべきことあり (具体的な既往歴)						
						自覚症状	特記すべきことなし 特記すべきことあり (所見)						
						他覚症状	特記すべきことなし 特記すべきことあり (所見)						
						身長	cm	体重	kg				
						BMI	kg/m ²						
						採血時間	1:食後3.5時間未満、 2:食後3.5時間以上、10時間未満 3:食後10時間以上						
						収縮期血圧	mmHg	収縮期血圧	mmHg				
						脂質	LDL	mg/dL					
							HDL	mg/dL					
							空腹時 中性脂肪	mg/dL					
						肝機能	随時 中性脂肪	mg/dL					
							AST (GOT)	IU/L					
						ALT (GPT)	IU/L						
						γ-GTP	IU/L						
						代謝系	空腹時血糖	mg/dL					
							Hb A1c	%					
						クレアチニン	mg/dL						
						eGFR	mL/分 /1.73 m ²						
						尿腎機能	糖	-	±	+	++	+++	
							蛋白	-	±	+	++	+++	
医師の判断 (結果を踏まえた所見)													
医師名													