

# 令和7年度 受診票(問診票) [京都市国民健康保険特定健康診査]

赤枠内を全てお書きください。(当てはまるところを○で囲んでください。)

受診日 令和 年 月 日

② 複写1枚目/A

|                     |      |    |                                                                                   |
|---------------------|------|----|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 今までにかかった病気          | 特になし | あり | 高血圧症 糖尿病 脂質異常症 脳梗塞 脳出血 心臓病 不整脈 貧血 肝臓病 腎臓病<br>結核 甲状腺疾患 胃腸病 うつ病 骨粗鬆症 整形外科疾患 その他の病気  |
| 今の病気<br>(治療中・経過観察中) | 特になし | あり | 高血圧症 糖尿病 脂質異常症 脳梗塞 脳出血 心臓病 不整脈 貧血 肝臓病 腎臓病<br>結核 甲状腺疾患 胃腸病 うつ病 骨粗鬆症 整形外科疾患 その他の病気  |
| 気になる症状              | 特になし | あり | 胸の圧迫感 動悸 息切れ 肩こり 腰痛 膝痛 不眠 手・足のしびれ感 めまい 頭痛<br>立ちくらみ 耳鳴り 下痢 便秘 腹が張っている 調子が悪い その他の症状 |

| No.    | 質問項目                                                                                                    | 回答欄 (いずれかに○をつけてください)                                                                                                      |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1<br>3 | a 血圧を下げる薬                                                                                               | ① はい ② いいえ                                                                                                                |
|        | b 血糖を下げる薬又はインスリン注射等(糖尿病の薬)                                                                              | ① はい ② いいえ                                                                                                                |
|        | c コレステロールや中性脂肪を下げる薬等                                                                                    | ① はい ② いいえ                                                                                                                |
| 4      | 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、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)にかかっているといわれたり、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                                                                                      | ① はい ② いいえ<br>②喫煙歴あるが最近1か月以上吸っていない                                                                                        |
| 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<br>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<br>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 ぶつう 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     | 朝昼夕の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     | お酒を飲む頻度はどのくらいですか<br>※「やめた」とは月1回以上の飲酒歴があり最近1年以上酒類を摂取していない場合                                              | ① 毎日 ② 週5〜6日 ③ 週3〜4日 ④ 週1〜2日<br>⑤ 月に1〜3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた※ ⑧ 飲まない                                                           |
| 19     | 飲酒日の1日当たりの飲酒量【1合の目安:日本酒・ワイン(アルコール度数15度 180ml)、ビール・酎ハイ(同5度500ml、同7度350ml)、焼酎(同25度110ml)、ウイスキー(同43度60ml)】 | ① 1合未満 ② 1〜2合未満 ③ 2〜3合未満<br>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か月以内)<br>③ 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている<br>④ 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤ 既に改善に取り組んでいる(6か月以上) |
| 22     | 生活習慣の改善について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                                                                                                                |

|                 |                  |                                                                                                                                                                                    |       |                                                                                                                                      |     |           |
|-----------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|
| ※スタッフ記入欄        | 身長 . cm          | 体重 . kg                                                                                                                                                                            | 食 後   | <input type="checkbox"/> 3.5時間未満 <input type="checkbox"/> 3.5時間以上10時間未満<br><input type="checkbox"/> 10時間以上                           | 腹囲  | 検体番号      |
| 身体計測            | 腹囲 . cm          | 肥満度(BMI)                                                                                                                                                                           | 尿 検 査 | 蛋白 ( - ・ ± ・ + ・ + + ・ + + + )<br>糖 ( - ・ ± ・ + ・ + + ・ + + + )<br>ウロビリ( 正 ・ - ・ + ・ + + ・ + + + )<br>潜血 ( - ・ ± ・ + ・ + + ・ + + + ) | 血圧  |           |
| 血 圧             | 1回目 / mmHg       |                                                                                                                                                                                    |       |                                                                                                                                      | BMI |           |
|                 | 2回目 / mmHg       |                                                                                                                                                                                    |       |                                                                                                                                      |     |           |
| 理学的所見<br>(身体診察) | ※楷書でご記入ください      |                                                                                                                                                                                    |       |                                                                                                                                      |     | 要 緊 急 医 療 |
| 詳細健康診           | 貧血検査             | <input checked="" type="checkbox"/> 実施 <理由> ・既往歴あり又は貧血の疑いあり ※全員の方が検査対象です。                                                                                                          |       |                                                                                                                                      |     |           |
|                 | クレアチニン           | <input checked="" type="checkbox"/> 実施 <理由> ・基準該当(当該年度の血圧が基準に該当し、医師が必要と認めた) ※全員の方が検査対象です。<br><input type="checkbox"/> 実施 <理由> ・65歳以上・要緊急(医師の判断) ・基準該当(次のいずれかに該当(番号にマル)し、医師が必要と認めた) |       |                                                                                                                                      |     |           |
|                 | 心電図              | 【結果】 異常なし/異常あり(要指導 要医療) (所見コード )<br>①当該年度の血圧が基準を超えた ②不整脈の疑いあり                                                                                                                      |       |                                                                                                                                      |     |           |
|                 | 眼底検査<br>(実施機関のみ) | <input type="checkbox"/> 実施 <理由> ・基準該当(次のいずれかに該当(番号にマル)し、医師が必要と認めた)<br>①当該年度の血圧が基準を超えた ②前年度の血糖が基準を超えた)<br>【結果】 異常なし/異常あり(要指導 要医療) 所見( ) S ( ) H ( )                                |       |                                                                                                                                      |     |           |

|      |               |                  |     |
|------|---------------|------------------|-----|
| 住所   | 〒 - 京都市 区     | 受診券整理番号          |     |
| フリガナ |               | 記号京              |     |
| 氏名   |               | 番号               |     |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日 ( 歳) | 保険者番号            | 264 |
| 性別   | 男・女           | 実施機関コード:         |     |
| 電話   | - -           | 実施機関の所在地、名称、電話番号 |     |
|      |               | 医師氏名             |     |