

大和高田市国民健康保険『特定健診に代わる健診結果記入用紙』

(提出期限：令和7年4月15日)

ご協力ありがとうございます。情報は、みなさまの健康維持・増進のために利用させていただきます。

ふりがな		生年月日	昭和	年	月	日
氏名		電話番号				
住所						

健診を受けた日		年 月 日		※令和6年4月1日から令和7年3月31日に受診した健診の結果に限ります		
身体計測	身長 ※自己測定可	cm	体重 ※自己測定可	kg		
	腹囲 ※自己測定可	cm (おへその周りを測ります)				
	血圧 ※自己測定可	最高(収縮期)血圧 mmHg		最低(拡張期)血圧 mmHg		
血液検査	脂質	中性脂肪	mg/dl			
		HDLコレステロール	mg/dl			
		LDLコレステロール	mg/dl			
	肝臓	A S T (G O T)	U/I			
		A L T (G P T)	U/I			
		γ-G T P (γ-G T)	U/I			
血糖	H b A 1 c (NGSP値)	%				
	空腹時血糖	mg/dl	} あれば記入してください			
	随時血糖	mg/dl				
尿検査 ※該当箇所に○をして下さい		尿糖	- ± + ++ +++	尿蛋白	- ± + ++ +++	
問診	服薬	現在、a～cの薬を飲んでいますか？ 該当箇所に○をしてください。 a. 血圧を下げる薬 b. インスリン注射または血糖を下げる薬 c. コレステロールまたは中性脂肪を下げる薬				
	既往歴	過去にa～dのご病気をされたことはありますか？ 該当箇所に○をしてください。 a. 脳卒中（脳出血・脳梗塞など） c. 慢性腎疾患（人工透析） b. 心臓病（狭心症・心筋梗塞など） d. 貧血				
	自覚症状	ご自身で自覚している症状があれば記入してください。ない場合はなしに○を。 なし・あり（ ）				
	他覚症状	医師から下記の症状があると言われたことがありますか？ あれば○をしてください。ない場合はなしに○をしてください。 なし・あり（貧血・心肥大・心音異常・不整脈あり・肝腫大あり）				
	喫煙の有無	習慣的にたばこを吸っていますか？ 1. はい 2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない 3. いいえ				
健診を受けた医療(健診)機関の名称				医師の氏名 *わかる場合は記入		
医師の判定 (総合判定)		該当箇所に○をしてください。 ・異常認めず ・要観察 ・要指導 ・要医療 ・治療中				

ご不明な点がございましたら、保険医療課まで

大和高田市役所保険医療課 TEL 0745-22-1101