

		保 険 者 番 号	39462031	
フ リ ガ ナ		生 年 月 日	年 月 日	
氏 名		性 別 / 年 齢	男 女	歳
住 所	〒	受診券整理番号		
		被 保 険 者 番 号		

後期高齢者の健康診査情報提供票 ※通院中の方は医療機関にご相談ください。

治療中の疾患の名称（主病を明記してください）			主病名：		
基 本 項 目	項 目		結 果	追加検査 実施 (○を記入)	注意事項
	身体計測	身長	cm		小数点以下1桁
		体重	kg		小数点以下1桁
		腹囲	*****	*****	*****
		BMI	kg/m ²		小数点以下1桁
	血 圧	収縮期血圧	mmHg		
		拡張期血圧	mmHg		
	血中脂質検査	空腹時中性脂肪（TG） （食後10時間以上）	mg/dl		いずれかで可
		随時中性脂肪 （食後3.5時間以上10時間未満）	mg/dl		
		随時中性脂肪 （食後3.5時間未満）	mg/dl		
		HDL-Cコレステロール	mg/dl		
		LDL-Cコレステロール	mg/dl		いずれかで可
		non-HDLコレステロール	mg/dl		
	肝機能検査	AST（GOT）	U/l		
		ALT（GPT）	U/l		
		γ-GT（γ-GTP）	U/l		
	血糖検査 （いずれか1つの記載で可）	空腹時血糖（FBS） （食後10時間以上）	mg/dl		いずれかで可 (HbA1cは小数点以下1桁)
		随時血糖 （食後3.5時間以上10時間未満）	mg/dl		
		HbA1c（NGSP値）	%		
	尿検査	尿糖	－ 土 + 2+ 3+		
尿蛋白		－ 土 + 2+ 3+			
質問票確認		裏面質問票（15項目全て記入してください）			

※「追加検査実施」欄は、追加検査として実施した項目に ○ をつけてください。

■「医師の意見」 1 □異常認めず 2 □要指導・観察 3 □要医療	■尿検査の測定不能・検査未実施の理由 □生理中 □腎疾患等の基礎疾患があるため、排尿障害を有する □その他	追加検査実施日 又は 基本項目記入年月日（※） 令和 年 月 日	
		医 療 機 関 住 所	
		医 療 機 関 番 号（※）	
		医 療 機 関 名	
		医 師 名（※）	

■本人同意欄（自筆） この提供票・質問票を鹿屋市に提出することに同意します。
※ご記入ができない方の場合、医療機関従事者の代筆で結構です。その場合、代筆者の記名・押印をお願いします。

令和 年 月 日 氏名

後期高齢者の健康診査情報提供票【質問表】

受診者氏名： _____

質問事項		回答欄 あてはまる番号に○をつけてください。				
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	1. よい	2. まあよい	3. ふつう	4. あまりよくない	5. よくない
2	毎日の生活に満足していますか	1. 満足	2. やや満足	3. やや不満	4. 不満	
3	1日3食きちんと食べていますか	1. はい		2. いいえ		
4	半年前に比べて硬いもの（※）が食べにくくなりましたか （※さきいか・たくあんなど）	1. はい		2. いいえ		
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい		2. 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	1. はい		2. 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	1. はい		2. いいえ		
8	この1年間に転んだことがありますか	1. はい		2. いいえ		
9	ウォーキング等の運動を週1回以上していますか	1. はい		2. 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されていますか	1. はい		2. いいえ		
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい		2. いいえ		
12	あなたはたばこを吸いますか	1. 吸っている		2. 吸っていない		3. やめた
13	週に1回以上は外出していますか	1. はい		2. 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	1. はい		2. いいえ		
15	体調が悪い時に、身近に相談できる人がいますか	1. はい		2. いいえ		

- 質問票はご本人が御記入ください。ただし、ご記入が不自由な方の場合は代筆で結構です。
- 情報提供票作成医療機関において、質問事項の記入確認をお願いします。

○お問合せ先

〒893-8501 鹿屋市共栄町20番 1号

鹿屋市役所 健康保険課 保険給付係 Tel： 0994-35-1014