

## 一般健康診断結果通知書

|       |  |        |   |
|-------|--|--------|---|
| 受検者氏名 |  | 住民登録番号 |   |
| 検診日   |  | 検診場所   | <input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 出張 |

## 健康診断総合所見

判定 — ☐ 正常A ☐ 正常B (警戒)  
☐ 一般疾患の疑い ☐ 高血圧または糖尿病疾患の疑い (確診検査対象) ☐ 有疾患者

◆ ○○○様は、一般健康診断、その他 、 、 の検査を受けています。

\* 生活習慣評価については、生活習慣評価結果用紙と処方箋を参照してください。

◆ ○○○様は、以下の事項についての管理が必要です。

▷ 疾患の疑い:

\* 確診検査では、高血圧・糖尿病の疑いのある患者が当該疾患の診療と検査を最寄りの病院・医院で受けられるよう最初の1回目の診療費を支援する。(検査期間は翌年度1月31日まで)  
但し、医療給与受給権者は「医療給与法」に従って最寄りの医院で確診検査を受けられる。

▷ 疾患あり:

▷ 生活習慣管理

▷ その他

\*血液検査の結果は検診機関ごとに検査方法などによって正常A、正常B、疾患の疑いに対する基準値が異なる場合があります。

| 区分   | 対象疾患                 | 検査項目                      | 結果(参考値)   |
|------|----------------------|---------------------------|---|
| 測定検査 | 肥満/<br>腹部肥満          | 身長 (cm) /<br>体重 (kg)      | /   |
|      |                      | 体質量指数(kg/m <sup>2</sup> ) | <input type="checkbox"/> 低体重 (18.5未満) <input type="checkbox"/> 正常 (18.5-24.9) <input type="checkbox"/> 過体重 (25-29.9) <input type="checkbox"/> 肥満 (30以上)               |
|      |                      | 腹囲(cm)                    | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 腹部肥満(男90以上、女85以上)  |
|      | 視覚異常                 | 視力(左/右)                   | <input type="checkbox"/> 矯正   |
|      | 聴覚異常                 | 聴力(左/右)                   | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 疾患の疑い  |
|      | 高血圧<br>(収縮期/<br>弛緩期) | / mmHg                    | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有疾患者<br><input type="checkbox"/> 高血圧の前段階(収縮期120-139または弛緩期80-89)<br><input type="checkbox"/> 高血圧の疑い(140以上または90以上) |

|      |       |  |  |                        |  |
|------|-------|--|--|------------------------|--|
| 血液検査 | 貧血    | 血色素(g/dL)                                      |  | 男 13-16.5<br>女 12-15.5 | <input type="checkbox"/> 正常<br><input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 貧血の疑い  |
|      | 糖尿病   | 空腹時血糖(mg/dL)                                   |  | 100未満                  | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有疾患者<br><input type="checkbox"/> 空腹血糖障害の疑い <input type="checkbox"/> 糖尿病の疑い  |
|      | 脂質異常症 | 総コレステロール(mg/dL)                                |  | 200未満                  | <input type="checkbox"/> 正常<br><input type="checkbox"/> 高コレステロール血症の疑い<br><input type="checkbox"/> 高中性脂肪血症の疑い<br><input type="checkbox"/> 低HDLコレステロール血症の疑い<br><input type="checkbox"/> 有疾患者 |
|      |       | HDL-コレステロール(mg/dL)                             |  | 60以上                   |  |
|      |       | 中性脂肪(mg/dL)                                    |  | 150未満                  |  |
|      |       | LDL-コレステロール(mg/dL)                             |  | 130未満                  |  |
|      | 腎臓疾患  | 血清クレアチニン(mg/dL)                                |  | 1.5以下                  | <input type="checkbox"/> 正常<br><input type="checkbox"/> 腎臓機能異常の疑い  |
|      |       | 腎糸球体ろ過率(e-GFR)<br>(mL/min/1.73m <sup>2</sup> ) |  | 60以上                   |  |
|      | 肝臓疾患  | AST(SGOT)(U/L)                                 |  | 40以下                   | <input type="checkbox"/> 正常<br><input type="checkbox"/> 肝機能異常の疑い   |
|      |       | ALT(SGPT)(U/L)                                 |  | 35以下                   |  |
|      |       | ガンマジーティーピー<br>(γGTP)(IU/L)                     |  | 男 63以下<br>女 35以下       |  |

|     |     |   |
|-----|-----|---|
| 尿検査 | 尿蛋白 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 警戒 <input type="checkbox"/> 蛋白尿の疑い |
|-----|-----|---|

|      |      |  |
|------|------|--|
| 映像検査 | 胸部撮影 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 非活動性肺結核 <input type="checkbox"/> 疾患の疑い: <input type="checkbox"/> その他: |
|------|------|--|

|             |       |   |      |  |
|-------------|-------|---|------|--|
| 診察<br>(問診票) | 既往歴診断 |   | 薬物治療 |  |
|             | 生活習慣  | <input type="checkbox"/> 禁煙が必要 <input type="checkbox"/> 節酒が必要 <input type="checkbox"/> 身体活動が必要 <input type="checkbox"/> 筋力運動が必要<br>*担当医師とご相談ください。 |      |  |

|                  | 対象有無   | 結果   |
|------------------|--|--|
| B型肝炎             | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 表面抗原 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 精密 (    )  |
|                  |  | 表面抗体 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 精密 (    )  |
|                  |  | <input type="checkbox"/> 抗体あり <input type="checkbox"/> 抗体なし <input type="checkbox"/> B型肝炎保有者の疑い <input type="checkbox"/> 判定保留  |
| うつ病              | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | <input type="checkbox"/> うつ病の症状なし(0～4点) <input type="checkbox"/> 軽症うつ病(5～9点)<br><input type="checkbox"/> 中等症うつ病の疑い(10～19点) <input type="checkbox"/> 重症うつ病の疑い(20～27点) |
| 認知機能障害           | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | <input type="checkbox"/> 特異所見なし(0～5点)<br><input type="checkbox"/> 認知機能低下の疑い(6点以上)  |
| 骨密度検査            | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 骨減少症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症  |
| 高齢者身体機能検査        | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 身体機能低下  |
| 高齢者機能評価<br>(問診票) | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 転倒 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 転倒高リスク者  |
|                  |  | 日常生活遂行能力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 日常生活で手助けが必要  |
|                  |  | 予防接種 <input type="checkbox"/> インフルエンザ接種が必要<br><input type="checkbox"/> 肺炎球菌接種が必要<br><input type="checkbox"/> 接種の必要なし   |
|                  |  | 排尿障害 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 排尿障害の疑い  |

## 心・脳血管疾患リスク評価

\*心・脳血管疾患は脳卒中、心筋梗塞を含めた疾患を意味します。

|        |       |        |                |
|--------|-------|--------|----------------|
| 氏名 ○○○ | 性別 ○○ | 年齢 ○○歳 | 検診日 0000-00-00 |
|--------|-------|--------|----------------|

### 心・脳血管疾患の危険度

私の心・脳血管疾患発生リスク  
((年齢)(性別)平均比)

0.00倍

今後10年以内に心・脳血管疾患が発生する確率

○○○様

(年齢)(性別)平均

0.0%

0.0%



心・脳血管年齢

00歳

### 健康に関する要因チェック

| 健康に関する要因   | 現在の状態 | → | 目標状態             | 健康シグナル |
|--|-------|---|------------------|--------|
|  体重<br>胸回り                |       |   | 65kg未満<br>90cm未満 | 危険     |
|  身体活動                     |       |   | 週5回以上            | 危険     |
|  飲酒                       |       |   | 一日2杯以下           | 危険     |
|  血圧                      |       |   | 120/80未満         | 危険     |
|  喫煙                     |       |   | 禁煙維持             | 注意     |
|  空腹血糖                   |       |   | 100未満            | 注意     |
|  総コレステロール<br>LDLコレステロール |       |   | 200未満<br>130未満   | 安全     |

上記の結果は、○○○様の問診票と検査結果をもとに現在の状態と目標値を提示したものです。健康シグナルで「注意」または「危険」に該当する要因については、積極的な改善の努力が必要です。高血圧、糖尿病、脂質異常症の薬を服用中の方は、血圧、空腹血糖、コレステロールが目標値に調節されていても「注意」と表示されますので、今後も管理を続けてください。

※上記の目標状態は一般的な勧告案によるものであり、個人の健康状態によって異なることがありますので医師とご相談ください。

### 健康に関する要因を改善するためには

今後10年以内に心・脳血管疾患が発生する確率は現在の状態比

00%減少 (0.0% → 0.0%)

心・脳血管年齢

00歳 → 00歳

あなたの健康診断結果を上記のとおり通知します。

20 . . .

判定日

検診医師: 免許(資格)/番号

氏名

(署名)

(療養機関記号

)

# 生活習慣評価結果用紙

|       |  |        |   |
|-------|--|--------|---|
| 受検者氏名 |  | 住民登録番号 |   |
| 検診日   |  | 検診場所   | <input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 出張 |

|    |   |
|----|---|
| 喫煙 | <input type="checkbox"/> 非喫煙者 <input type="checkbox"/> 元喫煙者 <input type="checkbox"/> 現在喫煙者 <input type="checkbox"/> 電子タバコのみ使用者            |
|    | ニコチン依存度評価 <input type="checkbox"/> 低 (0～3点) <input type="checkbox"/> 中 (4～6点) <input type="checkbox"/> 高 (7～10点)                          |
|    | 禁煙処方箋 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |
|    | 処方 <input type="checkbox"/> 相談と教育<br><input type="checkbox"/> 薬物治療 (ニコチン代替療法、ブプロピオン、バレニクリン)<br><input type="checkbox"/> 連携 (禁煙団体、禁煙クリニック) |

|    |   |
|----|---|
| 飲酒 | <input type="checkbox"/> 非飲酒者 <input type="checkbox"/> 適正飲酒者 <input type="checkbox"/> 危険飲酒者 <input type="checkbox"/> アルコール使用障害の疑い |
|    | 禁酒・節酒処方箋 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |
|    | 処方 <input type="checkbox"/> 相談と教育<br><input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 連携 (禁酒団体、禁酒クリニック)                     |

|    |  |
|----|--|
| 運動 | <input type="checkbox"/> 身体活動不足 <input type="checkbox"/> 基本身体活動 <input type="checkbox"/> 健康増進身体活動  |
|    | <input type="checkbox"/> 筋力運動不足 <input type="checkbox"/> 筋力運動適切  |
|    | 運動処方箋 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |
|    | 処方 種類: <input type="checkbox"/> 早歩き <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> 登山 <input type="checkbox"/> エアロビクス <input type="checkbox"/> ストレッチ<br><input type="checkbox"/> 筋力運動 <input type="checkbox"/> その他 ( )     |
|    | 時間: <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15～30分 <input type="checkbox"/> 30分以上 <input type="checkbox"/> その他<br>頻度: <input type="checkbox"/> 週1～2回 <input type="checkbox"/> 週3～4回 <input type="checkbox"/> 週5回以上 |

|    |   |
|----|---|
| 栄養 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良   |
|    | 栄養処方箋 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有   |
|    | 処方 <input type="checkbox"/> もっと摂取してください ( <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> タンパク質類 <input type="checkbox"/> 野菜と果物 )<br><input type="checkbox"/> 減らしてください ( <input type="checkbox"/> 脂肪 <input type="checkbox"/> 単純糖質 <input type="checkbox"/> 塩分(塩) )<br><input type="checkbox"/> 正しい食事習慣 ( <input type="checkbox"/> 朝食を抜かない <input type="checkbox"/> バランス良く食べる )<br><input type="checkbox"/> 連携 (栄養教室) |

|    |  |
|----|--|
| 肥満 | <input type="checkbox"/> 正常体重 <input type="checkbox"/> 過体重 <input type="checkbox"/> 肥満   |
|    | 肥満処方箋 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |
|    | 処方 <input type="checkbox"/> 食事の量を減らしてください <input type="checkbox"/> 間食と夜食を減らしてください<br><input type="checkbox"/> 飲酒の量と回数を減らしてください <input type="checkbox"/> 外食やファーストフードを減らしてください<br><input type="checkbox"/> 運動の処方を参考にしてください <input type="checkbox"/> 連携 (肥満クリニック)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |