

## 医療給与生涯転換期検診の結果通知書

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）  
☐ 疾患の疑い ☐ 有疾患者

◆ ○○○様は、○○○○、○○○○、○○○○○○検査を受けました。

\* 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:

▷ 疾患あり:

▷ 生活習慣管理

▷ その他

区分	対象疾患	検査項目	結果（参考値）
測定検査	肥満/ 腹部肥満	身長(cm)/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

診察 (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 * 担当医師とご相談ください。		

	対象有無	結果	
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) <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) <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 (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 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌接種が必要 <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

あなたの健康診断結果を上記のとおり通知します。

判定日

検診医師:免許(資格)/番号

氏名

(署名)

(療養機関記号)