

生活習慣評価結果通知書

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

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 <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) <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 <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 運動種類: <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 <input type="checkbox"/> 筋力運動 <input type="checkbox"/> その他 () 運動時間: <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15～30分 <input type="checkbox"/> 30分以上 <input type="checkbox"/> その他 () 運動頻度: <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"/> 無
	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) <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)) <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) <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 <input type="checkbox"/> 飲酒の量と階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 <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) <input type="checkbox"/> その他 ()

貴方の生活習慣評価結果を以上のように通知します。

20

判定日

検診医免許(資格)番号

氏名 (署名)
(療養機関記号)