

太枠内への記入をお願いします。

人間ドックの結果が、特定保健指導の基準に該当している場合は、健康推進課から保健指導のご案内をさせていただきます。

受診者氏名	電話番号	()
現在、次の薬を服用していますか		
1. 血圧を下げる薬	(服用中	・ 服用していない)
2. インシュリン注射 または 血糖値を下げる薬	(服用中	・ 服用していない)
3. コレステロールを下げる薬	(服用中	・ 服用していない)
医師から、次の病気の診断を受けたり、治療を受けたことがありますか		
1. 脳卒中 (脳出血、脳梗塞 等)	(ある	・ ない)
2. 心臓病 (狭心症、心筋梗塞 等)	(ある	・ ない)
3. 慢性腎不全、人工透析	(ある	・ ない)
4. 貧血	(ある	・ ない)
現在、タバコを習慣的に吸っていますか (該当項目に○)	喫煙リスク	
1. はい		
2. 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない		
3. いいえ		

※以下の欄は記入不要です。

受診日 年 月 日 医療機関

	結果	保健指導判定値	リスク
身長	c m	/	
体重	k g		
腹囲	c m	男 \geq 85cm、女 \geq 90cm	①
BMI	k g / m ²	\geq 25	②
血 圧	最高 (収縮期) 血圧 最低 (拡張期) 血圧	mmH g mmH g	\geq 130 \geq 85 ※どちらか該当で <input checked="" type="checkbox"/>
血中脂質検査	中性脂肪 (TG) HDLコレステロール LDLコレステロール	m g / d l m g / d l m g / d l	\geq 150 <40 — ※どちらか該当で <input checked="" type="checkbox"/>
血 糖 検 査 (いずれかまたは両方)	空腹時血糖値 ヘモグロビンA1c (HbA1c)	m g / d l %	\leq 100 \leq 5.6 ※どちらか該当で <input checked="" type="checkbox"/>
肝機能検査	GOT (AST) GPT (ALT) γ -GTP	I U / l I U / l I U / l	①かつリスク2つ以上…積極的支援 ①かつリスク1つ+喫煙リスク…積極的支援 ①かつリスク1つのみ…動機づけ支援
尿 検 査	糖 (-) (±) (+) (++) 蛋白 (-) (±) (+) (++)		②かつリスク3つ…積極的支援 ②かつリスク2つ+喫煙リスク…積極的支援 ②かつリスク1~2つのみ…動機づけ支援 ※①②どちらも該当しない場合は特定保健指導対象外 (情報提供)

※以下の方は、腹囲等が基準に該当した場合も特定保健指導対象外 (情報提供)

- ・ 血圧、血糖、脂質の薬を服薬中の方
- ・ 年度末年齢が 75 歳の方