

質問票

保険証記号・番号	埼新 (枝番)	受診日	令和 . .	
フリガナ				
氏名		医療機関名		
生年月日	昭和 . . (歳)			
住所	新座市			
受診者の電話番号	()			
質問	① 既往歴(これまでかかった病気)	あり()・なし		
	② 自覚症状	あり()・なし		
	③ 【内服】血圧を下げる薬	服用している ・ 服用していない		
	④ 【内服】血糖を下げる薬 又はインスリン注射	服用している ・ 服用していない		
	⑤ 【内服】コレステロール・中性脂肪を下げる薬	服用している ・ 服用していない		
	⑥ 喫煙習慣がありますか	はい ・ いいえ		
	⑦ 朝食を抜くことが週3日以上ありますか	はい ・ いいえ		
	⑧ お酒(ビール・日本酒・焼酎等)を飲みますか	毎日 ・ 時々 ・ ほとんど飲まない(飲めない)		
	⑨ 1日あたりの飲酒量	0～1合未満・1～2合未満・2～3合未満・3合以上		
確認	① 申請期間内です。	はい ・ いいえ(申請できません)		
	② 健診を受診した年度の特定健診受診券を使用していません。	はい ・ いいえ(申請できません)		
	③ 年度内(4月～3月)に1回目の申請です。	はい ・ いいえ(申請できません)		
	④ 年度内2回目の申請や今年度の特定健診受診券の使用と重複しての申請は、補助(景品)相当額を返納します。	はい ・ いいえ(申請できません)		
	⑤ 提出した健診データ等を保健指導等の市の事業に活用することに同意します。	はい ・ いいえ(申請できません)		
	⑥ 下記の必須項目を満たし、市に健診結果等を提供します(eGFR・クレアチニン検査も実施した場合は、市に検査結果を提供します。)	はい ・ いいえ(申請できません)		
身長	. cm	血糖 (いずれが1つ以上)	空腹時血糖 (食後10時間以上)	mg/dℓ
体重	. kg		随時血糖 (食後3.5時間以上、10時間未満)	mg/dℓ
BMI			HbA1c	%
腹囲	. cm			
血圧	/ mmHg	【尿検査】尿糖	- ± + # #	
中性脂肪	mg/dℓ	【尿検査】尿蛋白	- ± + # #	
HDLコレステロール	mg/dℓ	内科診察(他覚所見)		
LDLコレステロール	mg/dℓ	異常なし	経過観察	
AST(GOT)	U/ℓ	再検査	治療中	
ALT(GPT)	U/ℓ			
γ-GPT	U/ℓ			