

宇都宮市 特定健康診査記録票 兼 特定保健指導利用券

- 请用楷书工整填写
- 本表为复写纸，请用力书写

|             |         |        |  |    |       |         |  |      |   |    |   |    |   |   |  |
|-------------|---------|--------|--|----|-------|---------|--|------|---|----|---|----|---|---|--|
| 对象人员类别      |         | 宇都宮市国保 |  | 生保 |       | 社会保险变更者 |  | 筛查日期 | 年 |    | 月 |    | 日 |   |  |
| 医保卡号码       |         |        |  |    |       |         |  |      | 2 | 0  |   |    |   |   |  |
| 受诊券整理<br>号码 |         |        |  |    |       |         |  |      |   |    |   |    |   |   |  |
| 〒           |         | —      |  |    |       |         |  |      |   |    |   |    |   |   |  |
| 住所          | 宇都宮市    |        |  | 姓名 | 片假名注音 |         |  | 1男   |   | 2女 |   |    |   |   |  |
|             | 手机·固定电话 |        |  |    | 出生日期  |         |  | 年    |   | 月  |   | 日生 |   | 岁 |  |

|                                                                                                                                                                            |                                                                                                         |                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 提问事项                                                                                                                                                                       |                                                                                                         | 回答                                                                                       |  |
| 1 (体检当天填写) 距离最后一次进食是否已过去10小时以上?                                                                                                                                            |                                                                                                         | ① 是    ② 否                                                                               |  |
| 2 目前您是否正在服用降压药?                                                                                                                                                            |                                                                                                         | ① 正在服用    ② 未服用                                                                          |  |
| 3 目前您是否正在注射胰岛素或服用降糖药?                                                                                                                                                      |                                                                                                         | ① 正在服用    ② 未服用                                                                          |  |
| 4 目前您是否正在服用降低胆固醇或甘油三酯的药物?                                                                                                                                                  |                                                                                                         | ① 正在服用    ② 未服用                                                                          |  |
| 5 是否曾被医生诊断患有脑卒中（脑出血、脑梗塞等），且目前正在治疗或曾接受过治疗?                                                                                                                                  |                                                                                                         | ① 是    ② 否                                                                               |  |
| 6 是否曾被医生诊断患有心脏病（狭心症、心肌梗塞等），且目前正在治疗或曾接受过治疗?                                                                                                                                 |                                                                                                         | ① 是    ② 否                                                                               |  |
| 7 是否曾被医生诊断患有慢性肾脏病或肾衰竭，且目前正在接受治疗（如人工透析等）或曾接受过治疗?                                                                                                                            |                                                                                                         | ① 是    ② 否                                                                               |  |
| 8 是否曾被医生诊断患有贫血?                                                                                                                                                            |                                                                                                         | ① 是    ② 否                                                                               |  |
| 9 您的体重与20岁时相比，是否增加了10kg以上?                                                                                                                                                 |                                                                                                         | ① 是    ② 否                                                                               |  |
| 10 您是否每周至少2天、持续1年以上，进行每次30分钟以上且会微微出汗的运动?                                                                                                                                   |                                                                                                         | ① 是    ② 否                                                                               |  |
| 11 在日常生活中，您每天走路或进行同等强度的身体活动是否在1小时以上?                                                                                                                                       |                                                                                                         | ① 是    ② 否                                                                               |  |
| 12 与同龄的同性相比，您走路的速度快吗?                                                                                                                                                      |                                                                                                         | ① 是    ② 否                                                                               |  |
| 13 关于您的咀嚼（进食）情况，符合以下哪一项?                                                                                                                                                   | ① 任何食物都可以正常咀嚼<br>② 牙齿、牙龈或咬合有不快感，有时会觉得难以咀嚼<br>③ 几乎无法咀嚼                                                   |                                                                                          |  |
| 14 与他人相比，您吃东西的速度快吗?                                                                                                                                                        |                                                                                                         | ① 快    ② 普通    ③ 慢                                                                       |  |
| 15 您是否每周有3次及以上，在睡前2小时以内吃晚饭?                                                                                                                                                |                                                                                                         | ① 是    ② 否                                                                               |  |
| 16 您是否每周有3次及以上不吃早饭?                                                                                                                                                        |                                                                                                         | ① 是    ② 否                                                                               |  |
| 17 除早中晚三餐外，您是否摄入零食或甜味饮料?                                                                                                                                                   |                                                                                                         | ① 每天    ② 有时    ③ 几乎不摄入                                                                  |  |
| 18 您饮酒（日本酒、烧酒、啤酒、洋酒等）的频率大约是多少？<br>（※“已戒酒”是指过去有每月1次以上的习惯性饮酒史，但最近1年以上未摄入过酒类）                                                                                                 |                                                                                                         | ① 每天    ② 每周5~6天<br>③ 每周3~4天    ④ 每周1~2天<br>⑤ 每月1~3天    ⑥ 每月不足1天<br>⑦ 已戒酒    ⑧ 不饮酒（不会饮酒） |  |
| 19 饮酒日的每日平均饮酒量<br>【相当于日本酒1合（酒精浓度15度·180ml）的酒类】<br>啤酒·发泡酒（酒精浓度5度·500ml），烧酒（酒精浓度25度·约110ml）<br>葡萄酒（酒精浓度14度·约180ml），威士忌（酒精浓度43度·60ml）<br>罐装低度气泡酒（酒精浓度5度·约500ml，酒精浓度7度·约350ml） |                                                                                                         | ① 不足1合<br>② 1合以上~不足2合<br>③ 2合以上~不足3合<br>④ 3合以上~不足5合<br>⑤ 5合以上                            |  |
| 20 目前您是否有习惯性吸烟？<br>※“目前有习惯性吸烟者”是指同时满足条件1和条件2的人。<br>条件1：最近1个月内有吸烟<br>条件2：终生吸烟累计达6个月以上，或合计达到100支以上                                                                           |                                                                                                         | ① 是（同时满足条件1和条件2）<br>② 以前吸烟，但最近1个月内有吸烟（仅满足条件2）<br>③ 否（①②以外）                               |  |
| 21 您目前的睡眠质量好吗？是否能得到充分的休息？                                                                                                                                                  |                                                                                                         | ① 是    ② 否                                                                               |  |
| 22 您是否打算改善运动或饮食等生活习惯？                                                                                                                                                      | ① 没有改善的打算<br>② 打算改善（大致在6个月以内）<br>③ 打算在近期（大致在1个月以内）改善，并已开始逐步实行<br>④ 已经开始进行改善（不足6个月）<br>⑤ 已经开始进行改善（6个月以上） |                                                                                          |  |
| 23 关于生活习惯的改善，您此前是否接受过特定保健指导?                                                                                                                                               |                                                                                                         | ① 是    ② 否                                                                               |  |

|           |  |           |  |
|-----------|--|-----------|--|
| 目前正在治疗的疾病 |  | 过去曾治疗过的疾病 |  |
|           |  |           |  |
| 自觉症状      |  | 他觉症状      |  |
|           |  |           |  |

身高

cm

体重

kg

肥胖指数 (BMI)

kg/m<sup>2</sup>

血压

收缩压

mmHg

舒张压

mmHg

采血时间

1 绝食10小时以上

2 绝食不足10小时

血脂

甘油三酯

mg/dl

HDL胆固醇

mg/dl

LDL胆固醇

mg/dl

血糖

mg/dl

HbA1c检查

%

腹围

cm

※ BMI = 体重(kg) ÷ 身高(m) ÷ 身高(m) (小数点后第二位四舍五入)

肥胖判定

1 无异常

2 需指导

血压判定

1 无异常

2 需指导

3 建议就医

4 治疗中

1 无异常

2 需指导

3 建议就医

4 治疗中

血脂判定

血糖判定

※ 仅限宇都宫市国民健康保险参保者同时实施 (生活保护受助者・年度中途变更社会保险者, 根据采血时间仅实施其中一项)

肝功能

AST

U/l

ALT

U/l

γ-GT

U/l

尿检

尿蛋白

1-

2±

3+

4++

5+++以上

尿糖

1-

2±

3+

4++

5+++以上

肾功能

肌酐

mg/dl

eGFR

ml/分/1.73m<sup>2</sup>

肝功能判定

尿检综合判定

1 无异常

2 需指导

3 建议就医

4 治疗中

【详细检查】 仅限国民健康保险参保者、生活保护受助者 (年度中途变更社会保险者不属于详细体检对象)

仅限40~74岁人群中符合以下至少一项, 且经医生诊断有必要进行检查的人  
(因相关疾病已在院随访或治疗中的患者除外)

< 肌酐检查 >

所有人均实施, 但仅确认是否符合详细体检的条件。

在该年度的特定健康诊查结果中, 收缩压  
≥130mmHg, 或者舒张压≥85mmHg。

在该年度的特定健康诊查结果中, 空腹血糖值  
≥100mg/dl, 或者HbA1c (NGSP值) ≥5.6%。

< 心电图检查 >

☐ 检查 ☐ 免检

在该年度的特定健康诊查结果中, 收缩压达≥140mmHg,  
或者舒张压≥90mmHg。

问诊中疑似有心律失常。

所见

心电图判定 1 无异常 2 需指导 3 建议就医

< 眼底检查 >

☐ 检查 ☐ 免检

在该年度的特定健康诊查结果中, 收缩压≥ 140mmHg, 或者舒张  
压≥ 90mmHg。

在该年度的特定健康诊查结果中, 空腹血糖值≥ 126mg/dl, 或者  
HbA1c (NGSP值) ≥ 6.5%。

所见及检查方法・检查结果

眼底判定 1 无异常 2 需指导 3 建议就医

< 贫血检查 >

☐ 检查 ☐ 免检

有贫血既往史, 或者视诊等疑似贫血。

红细胞数 

×10<sup>4</sup>/μl

血红蛋白 

g/dl

红细胞压积 

%

贫血判定 1 无异常 2 需指导 3 建议就医

代谢综合征判定

1 确诊  
2 高危人群  
3 不符合  
4 无法判定

医生诊断

《在对应号码上画圈》

1 无异常  
2 需观察  
3 需指导  
4 需治疗  
5 治疗中

保健指导判定

1 深度指导  
2 行为促动  
3 提供信息  
4 因正在服药仅提供信息  
5 无法判定

实施医疗机构名称・医生姓名

实施医疗机构代码