

令和 8 年度 藤沢市後期高齢者等健康診査票

健康診査番号 健診受診日 月 日

フリガナ 氏名 性別 男・女 生年月日 大 年 月 日 歳

住所 藤沢市 電話番号 ()

※太枠内をご記入ください。

問診項目（受診する前にご記入ください。）		該当するものに○印をしてください。	
服薬	1 血圧を下げる薬を飲んでいますか。	はい	いいえ
	2 血糖を下げる薬またはインスリン注射を使用していますか。	はい	いいえ
	3 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	はい	いいえ
既往歴	4 医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	はい	いいえ
	5 医師から心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	はい	いいえ
	6 医師から慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	はい	いいえ
	7 医師から貧血といわれたことがありますか。	はい	いいえ
習慣等	8 あなたの現在の健康状態はいかがですか。	① よい ② まあよい ③ ふつう ④ あまりよくない ⑤ よくない	
	9 毎日の生活に満足していますか。	① 満足 ② やや満足 ③ やや不満 ④ 不満	
	10 1日3食きちんと食べていますか。	はい	いいえ
	11 半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか。 *さきいか、たくあんなど	はい	いいえ
	12 お茶や汁物等でむせることがありますか。	はい	いいえ
	13 6カ月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか。	はい	いいえ
	14 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	はい	いいえ
	15 この1年間に転んだことがありますか。	はい	いいえ
	16 ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	はい	いいえ
	17 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれていますか。	はい	いいえ
今後	18 今日が何月何日かわからない時がありますか。	はい	いいえ
	19 あなたはタバコを吸いますか。	① 吸っている ② 吸っていない ③ やめた	
	20 あなたはお酒を飲む習慣がありますか。	① 毎日飲む ② 時々飲む ③ ほとんど飲まない(飲めない)	
	21 週に1回以上は外出していますか。	はい	いいえ
	22 ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	はい	いいえ
	23 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	はい	いいえ
	24 生活習慣の改善について、これまでに保健指導を受けたことがありますか。	はい	いいえ

重要事項 健診結果等の個人情報につきましては、健診機関及び健診事業主体である「藤沢市」が個人情報の保護に関する法律他に基づき管理し、統計事業及び保健指導に活用します。また、特定保健指導等、藤沢市の保健事業を利用する場合は、健診結果等の個人情報を実施機関に提供します。

こちらは、健診実施機関が記入します。

検査結果		検査結果	
1 身長	cm	15 採血時間(食後) ① 10h以上 ② 3.5h以上10h未満 ③ その他	
2 体重	kg	16 総蛋白	g/dl
3 BMI	kg/m ²	17 HDLコレステロール	mg/dl
4 腹囲	cm	18 LDLコレステロール	mg/dl
5 血圧(収縮期)	mmHg	19 空腹時中性脂肪	mg/dl
6 血圧(拡張期)	mmHg	20 随時中性脂肪	mg/dl
7 既往歴	なし あり	21 血清クレアチニン	mg/dl
8 現病歴	なし あり	22 eGFR	ml/分/1.73m ²
9 自覚症状	なし あり	23 尿酸	mg/dl
10 他覚症状	なし あり	24 AST(GOT)	U/l
11 尿糖	- + ±	25 ALT(GPT)	U/l
12 尿蛋白	- + ±	26 γ-GTP	U/l
13 尿潜血	- + ±	27 空腹時血糖	mg/dl
14 尿検査未実施の理由	① 生理中 ② 排尿障害 ③ その他 ()	28 随時血糖	mg/dl
30 赤血球数	万/mm ³	29 HbA1c	%
31 血色素量	g/dl	(実施理由) ① 貧血が疑われる ② 貧血の既往症を有する 備考	
32 貧血検査	ヘマトクリット値 %		
33 白血球数	/mm ³		
34 血小板	万/mm ³		
35 心電図	① 所見あり ② 所見なし	別表4コード ① ②	対象者基準 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
36 眼底検査	キースワグナー 0 I IIa IIb III IV	シェイEH 0 1 2 3 4	シェイES 0 1 2 3 4
疾病分類		健診結果を踏まえた医師の判定	
① 高血圧	⑤ 肝疾患(疑い含む)	① 異常ありません (特記事項)	
② 脂質異常症	⑥ 糖尿病(疑い含む)	② 要指導	
③ 腎機能障害	⑦ 貧血(疑い含む)	③ 要観察	
④ 高尿酸血症	⑧ 心疾患	④ 要医療・治療中	
⑨ その他		実施機関名 名称・所在地・電話番号	
費用(円)	必須健診項目 ¥10,505 訪問診査 有 看護師の帯同 有	医師名	
貧血検査	¥ 231	社保支払基金番号(後期) 1 4 1 2 2	
心電図	¥ 1,430	医療機関番号(生活保護等) 0	
眼底検査	¥ 616		
訪問診査	¥ 7,920		
合計	円	③ その他(いずれの健康保険にも加入していない)	