

後期健康診査(フレイル健診)結果(情報提供様式)

R3.4.1 様式作成

住 所	深川市		
氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 年 月 日	満 歳	
電話番号			

受診機関	受診日	令和 年 月 日		
	病院名		診察医 (フルネーム)	

項 目	検 査 結 果			
身体計測	身 長	cm	体 重	kg
	腹 囲	cm	BMI	
採血時間	食後	☐ 3.5時間未満 ☐ 3.5時間以上10時間未満 ☐ 10時間以上		[参考基準値]
血 圧	収縮期血圧	mmHg		130未満
	拡張期血圧	mmHg		85未満
血中脂質検査	中性脂肪(TG)	mg/dℓ		149以下
	HDLコレステロール	mg/dℓ		40以上
	LDLコレステロール	mg/dℓ		119以下
肝機能検査	AST(GOT)	U/I		30以下
	ALT(GPT)	U/I		30以下
	γ-GTP	U/I		30以下
	アルブミン	g/dℓ		3.9以上
血糖検査	空腹時血糖	mg/dℓ		99以下
	ヘモグロビンA1c	%		5.5以下
尿検査	尿糖	- ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++		
	尿蛋白	- ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++		
医師の診断結果		異常なし ・ 要指導 ・ 要医療 ・ 要治療 ・ 治療継続		

※裏面に質問票がありますので、回答をお願いします。

【市記入欄】

重症化予防			該当 ・ 非該当				
低栄養防止			該当(① ・ ②) ・ 非該当				
医師確認日		システム 登録 日	健診支援システム:	名簿登録日	後期名簿:	指導対象者名簿登録日	
					健診名簿:		
					結果入力名簿:		

質 問 票

質 問 項 目		回 答	
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	☐ よい ☐ ふつう ☐ よくない	☐ まあよい ☐ あまりよくない
2	毎日の生活に満足していますか	☐ 満足 ☐ やや不満	☐ やや満足 ☐ 不満
3	1日3食きちんと食べていますか	☐ はい	☐ いいえ
4	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
5	お茶は汁物等でむせることがありますか	☐ はい	☐ いいえ
6	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
7	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
8	この1年間に転んだことがありますか	☐ はい	☐ いいえ
9	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
10	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 言われていますか	☐ はい	☐ いいえ
11	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
12	あなたはたばこを吸いますか	☐ 吸っている ☐ 吸っていない ☐ やめた	
13	週に1回以上は外出していますか	☐ はい	☐ いいえ
14	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
15	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