

施設コード施設名

健診日20年月日

住所〒電話番号

カナ氏名満点は1文字としてご記入下さい

受診券番号性別男女生年大正昭和年月日カルテ番号備考1備考2後期被保険者番号

〈医療機関記入欄〉

ぎふすこやか項目	身体計測	身長		cm	食後採血時間	☐ 3.5時間未満	☐ 3.5時間以上、10時間未満	☐ 10時間以上	
		体重		kg					
	血圧	収縮期		mmHg	尿検査	尿糖			
		拡張期		mmHg		尿蛋白			
検査					尿潜血				

☐ ぎふすこやか（75歳以上）
生化学検査・血糖・血算

詳細なぎふすこやか

☐ 心電図検査実施理由

☐ 当該年度の結果が基準に該当し、医師の判断

☐ 心電図所見

☐ 異常なし

☐ 異常あり

☐ 不整脈の疑い等、医師の判断

所見もしくはコード

問診票

☐ 内に／チェックをしてください

〈自覚症状〉現在、気になる症状があればチェックしてください

特になし

頭痛

肩こり

めまい

手足のしびれ

不眠

食欲がない

動悸・息切れ

脈の乱れ

胸のしめつけ

手足がむくむ

便秘

のどが渇く

腰痛

膝痛

その他

〈現病歴〉現在、以下の病気で薬を使用されていますか。（全てにお答えください）

1 高血圧

はい

いいえ

2 糖尿病（インスリン注射を含む）

はい

いいえ

3 脂質異常（コレステロールや中性脂肪等）

はい

いいえ

〈既往歴〉以下の病気と言われたり、治療を受けたことがありますか。（全てにお答え下さい）

4 脳卒中（脳出血、脳梗塞など）

はい

いいえ

5 心臓病（狭心症、心筋梗塞など）

はい

いいえ

6 慢性腎臓病や腎不全、人工透析

☐ 慢性腎臓病や腎不全

☐ 人工透析

いいえ

7 貧血

はい

いいえ

健康状態	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
心の健康状態	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	
食習慣	10	1日3食きちんと食べていますか	☐ ①はい	☐ ②いいえ			
口腔機能	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	☐ ①はい	☐ ②いいえ			
	12	お茶や汁物等でむせることがありますか	☐ ①はい	☐ ②いいえ			
体重変化	13	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	☐ ①はい	☐ ②いいえ			
運動・転倒	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	☐ ①はい	☐ ②いいえ			
	15	この1年間に転んだことがありますか	☐ ①はい	☐ ②いいえ			
認知機能	16	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	☐ ①はい	☐ ②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されていますか	☐ ①はい	☐ ②いいえ			
喫煙	18	今日が何月何日かわからない時がありますか	☐ ①はい	☐ ②いいえ			
	19	あなたはたばこを吸いますか	☐ ①吸っている	☐ ②吸っていない	☐ ③やめた		
社会参加	20	週に1回以上は外出していますか	☐ ①はい	☐ ②いいえ			
	21	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	☐ ①はい	☐ ②いいえ			
ソーシャルサポート	22	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	☐ ①はい	☐ ②いいえ			