チェックシート

ご提供いただきたい対象者

協会けんぽの加入者

今年度、生活習慣病予防健診を受診した方、受診予定の方は除きます。

提供項目チェックシート

基本データ	氏名	
	生年月日	
	性別	
	健診機関名	
	健診受診日	
問診等	服薬歴 (血圧、血糖、脂質に関する服薬歴の有無)	
	喫煙歴 (喫煙歴の有無)	
	既往歴 (脳血管、心血管、腎不全・人工透析の既往歴の有無)	
	腹囲	
医師の診断等	医師の判断 (医師の氏名、メタボリックシンドローム判定、医師の判定、注意事項)	
	医師の診察 (自覚症状、他覚症状の有無)	
身長		
体重		
BMI		
血圧		
脂質	中性脂肪※1	
	HDLコレステロール	
	LDLコレステロール※2	
空腹時血糖 またはHbA1c または随時血糖※3		
肝機能	AST(GOT)	
	ALT(GPT)	
	γ-GT(γ-GTP)	
尿検査	尿糖	
	尿たんぱく	

※1 空腹時中性脂肪が測定できない場合は、随時中性脂肪でも可

※2 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールの代わりにnon-HDLコレステロールでも可

※3 やむを得ず空腹時血糖以外においてHbA1cを測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖でも可

お願い

必須項目がすべてそろわないと、データを国に報告することができません。

ご提出前に確認をお願いします。

上記「問診等」の項目(喫煙や服薬の有無等)に不足がある場合は、別紙「質問票兼同意書」にご記入いただき、健診結果票のコピーと一緒にご提出をお願いします。