

# 船員保険生活習慣病予防健診結果通知票記入上の注意(記入例については、裏面をご参照ください。)

## ●受診者の方へ

※太枠内は、資格確認書や資格情報のお知らせを確認し、受診者本人が必ず記入してください。  
 ※記入に誤りがないようご注意ください。  
 ~個人情報について~

カナ	① センボ ハナコ		③ 性別	④ 生年月日		⑤ 年齢	⑥ 区	<input type="checkbox"/> 本人・船員保険 <input type="checkbox"/> 本人・国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者・船員保険 <small>対象外 被扶養者・国民健康保険</small>
氏名	② 船保 花子		男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>	年 45 月 4 日 17	56 分	区	
⑦ 郵便番号	〒	〒	〒	〒	〒	〒	〒	〒
住所	△△△-△△△△ 神奈川県 横浜市△△△区△△△町△△-△△-△△		マンション・アパート名		△△△△△マンション102			
⑧ 会社名(船舶所有者名)	△△△△△△△△ 漁業 株式会社		⑨ 記号	⑩ 番号	⑪ 枝番	⑫ 本人に直接連絡できる電話番号を市外局番から記入してください。(保健指導に関するご案内をすることがございます。)		
			0123456789	000001	01	045-△△△-△△△△△ 080-△△△△-△△△△△		

(例) 資格確認書

船員保険 資格確認書 家族(被扶養者) 令和X年XX月XX日 交付

記号 0123456789 番号 000001 (枝番) 01

氏名 ① センボ ハナコ ② 船保 花子 ③ 性別 女

生年月日 ④ 昭和45年4月17日

資格取得年月 令和X年XX月XX日

被保険者氏名 船保 太郎

保険者番号 C21:310:0:11

保険者名称 全国健康保険協会 船員保険部

保険者所在地 千代田区富士見 2-7-2

※券面はオレンジ色

- ①カナ氏名を記入してください。
- ②漢字氏名を記入してください。
- ③当てはまる性別に✓を入れてください。
- ④生年月日を記入してください。
- ⑤健診日当日の年齢を記入してください。
- ⑥当てはまる区分に✓を入れてください。(※国民健康保険の被扶養者の方はご受診できません)
- ⑦お住いの住所を郵便番号、アパート名・マンション名を含め記入してください。
- ⑧船舶所有者氏名を記入してください。(※国民健康保険もしくは任意継続の方は記入不要です。)
- ⑨記号10桁を記入してください。(※国民健康保険の方は記入不要です。)
- ⑩番号を記入してください。(※国民健康保険の方は記入不要です。)
- ⑪枝番を記入してください。(※国民健康保険の方、資格確認書に枝番の記載がない方は記入不要です。)
- ⑫本人に直接連絡できる番号を市外局番から記入してください。(保健指導に関するご案内をすることがございます。)

## ~質問事項について~

質問内容を読んで該当する回答項目を✓してください。※回答欄を誤らないようご注意ください。

1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロール又は中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
4	脳卒中(脳出血、脳梗塞など)といわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

## ~中略~

既往歴	病名	年齢	経過				手術
			治療	治療中	経過観察中	放置	
	肺炎	31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	胃潰瘍	38	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

あなたが今までに病気をしたことがあれば、その病名、年齢、経過を右の欄に記入してください。また、その病気について手術をしたことがあれば手術欄に✓を記入してください。

## ●健診実施機関の方へ

※健診結果票は機械で読み取りしますので、はっきりとご記入ください。  
 ※記入に誤りがないようご注意ください。

~受診日・受診内容について~

受診日(西暦)	2026	年	4	月	25	日	受診内容	<input checked="" type="checkbox"/> 総合健診	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 若年健診	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独)
---------	------	---	---	---	----	---	------	--	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------

- ・受診日は西暦で記入してください。
- ・受診内容は該当するものいずれかに✓をしてください。  
 ※総合健診でのみ記載が必要となる検査項目についてはグレーにて網掛けしております。

~判定・総合判定について~

血圧	1回目	高	130	低	80
	2回目	高		低	
	判定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

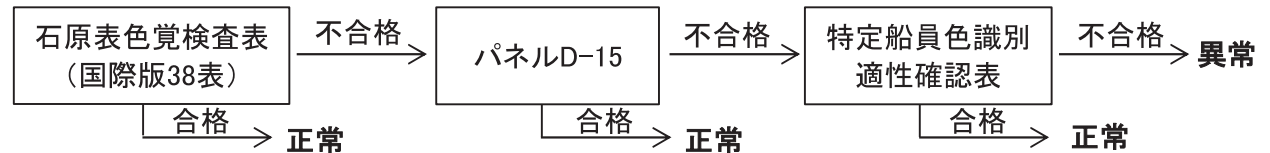
- 判定は、下記に該当する数字を✓してください。
- 1.この検査の範囲では、異常がないもの
  - 2.わずかに基準範囲を外れているが、日常生活に差し支えないもの
  - 3.日常生活に注意を要し、経過の観察を要するもの
  - 4.治療を要するもの
  - 5.精密検査を要するもの
  - 6.継続治療を要するもの

総合判定  
 血圧検査・痛風検査について、引き続き主治医の指示に従ってください。  
 乳房石灰化像・便潜血反応陽性を認めます。精密検査をお受けください。  
 脂質検査で所見を認めますが、定期的な検査をお受けになり経過を観察してください。

総合判定欄は診断結果をご記入ください。

## ~色覚について~

下記のフローチャートを参考に正常もしくは異常に✓をしてください



## ~中性脂肪と血糖について~

採血	食後時間	10	時間	00	分
中性脂肪(mg/dl)		151			
血糖(mg/dl)		121			

食後時間で判別しますので、随時中性脂肪は中性脂肪の欄、随時血糖は血糖の欄に記入してください。  
 随時:3時間30分~10時間未満、空腹時:10時間以上  
 ※一般健診で食後3時間30分未満の場合は、血糖の代わりにHbA1cを実施してください。

## ~医師の判断により実施について~

医師の判断により実施	<input checked="" type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------

詳細な健診として眼底を追加した場合のみチェックを入れてください。  
 ※総合健診で実施した場合は、不要です。

## ~記入内容の訂正について~

膝機能	血清アラゼ(U/l)	77	<del>72</del>
	判定	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

訂正する場合は二重線で消してください。  
 訂正印は押さないでください。

船員保険 生活習慣病予防健診結果通知票 (記入例)

※左面枠内は受診者本人が記入してください。

カナ	センポ ハナコ		性別	生年月日			年齢	区分 <input type="checkbox"/> 本人・船員保険 <input type="checkbox"/> 本人・国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者・船員保険 <small>対象外 被扶養者・国民健康保険</small>	
氏名	船保 花子		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	昭	平	45	4		17
住所	郵便番号 △△△-△△△△	都道府県 神奈川県	住所・番地 横浜市△△△区△△△町△△-△△-△△	マンション・アパート名 △△△△△マンション102					
会社名(船舶所有者名)	△△△△△△△漁業 株式会社		記号	0123456789	番号	000001	枝番	01	※ご本人様に直接連絡できる電話番号をご記入ください。 自宅電話番号 045-△△△-△△△△ 携帯電話番号 080-△△△△-△△△△

1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロール又は中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
4	脳卒中(脳出血、脳梗塞など)といわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
5	心臓病(狭心症、心筋梗塞)といわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
6	慢性腎臓病や腎不全といわれたり、治療(人工透析など)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
7	貧血といわれたことがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	<input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない <input checked="" type="checkbox"/> いいえ(上記以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input checked="" type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input checked="" type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 ※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input checked="" type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれ位ですか。 ※日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input checked="" type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分にとれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に行動を変える気がない <input checked="" type="checkbox"/> 6ヶ月以内に行動を変える気がある <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内に行動を変える気がある <input type="checkbox"/> 行動を変えて6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 行動を変えて6ヶ月以上
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

既往歴		病名	年齢	経過				手術
あなたが今までに病気をしたことがあれば、その病名、年齢、経過を右の欄に記入してください。また、その病気について手術をしたことがあれば手術欄に✓を記入してください。		肺炎	31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		胃潰瘍	38	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

船員保険会記入欄 (記入不要)		既往①		既往⑤		既往②		既往⑥		既往③		既往⑦		既往④	
診察		胃X①		クラス		ベセ		Wong		変更		総合④			
心電①		胃X②		子宮①				眼底①				総合⑤			
心電②		胃X③		子宮②				眼底②				総合⑥			
心電③		腹X		子宮③				眼底③				総合⑦			
胸X①		腹エ①		マン①				総合①				総合⑧			
胸X②		腹エ②		マン②				総合②				総合⑨			
胸X③		腹エ③		マン③				総合③				総合⑩			

受診日(西暦) 2026 年 4 月 25 日

身体計測	身長(cm)	166.9	体重(kg)	66.5
	BMI	23.9	腹囲(cm)	89.0
	握力(kg)	右 30.7 左 28.7		
眼科	裸眼	右 1.0 左 0.9		
	矯正	右 左		
聴力	眼圧	右 15.0 左 14.5		
	色覚	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
肺機能	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		
	1000Hz	右 <input checked="" type="checkbox"/> 所見無し <input type="checkbox"/> 所見あり 左 <input type="checkbox"/> 所見無し <input checked="" type="checkbox"/> 所見あり		
	4000Hz	右 <input checked="" type="checkbox"/> 所見無し <input type="checkbox"/> 所見あり 左 <input type="checkbox"/> 所見無し <input checked="" type="checkbox"/> 所見あり		
	簡易聴力	<input type="checkbox"/> 所見無し <input type="checkbox"/> 所見あり		
	判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6		
	肺活量(cc)			
	努力性肺活量(cc)	2500		
	%努力性肺活量(%)	114.70		
	1秒量(cc)	3220		
	1秒率(%)	81.40		
%1秒量(%)	103.55			
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			
血圧	1回目 高 130 低 80			
	2回目 高 低			
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6			
尿	蛋白	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	潜血	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		
	比重	1.021 PH 7.0		
腎機能	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		
	尿酸(mg/dl)	7.2		
糖代謝	判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6		
	判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		
便潜血	判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6		
	判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		
虫卵	判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		
	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		

<判定基準>  
[1]異常なし[2]観察[3]要経過観察  
[4]要治療[5]要精密検査[6]継続治療

総合判定	血圧検査・痛風検査について、引き続き主治医の指示に従ってください。 乳房石灰化像・便潜血反応陽性を認めます。精密検査をお受けください。 脂質検査で所見を認めますが、定期的な検査をお受けになり経過を観察してください。
------	---

受診内容  総合健診  一般健診

肝機能	総蛋白(g/dl)	7.2
	アルブミン(g/dl)	4.5
	A/G比	1.5
	総ビリルビン(mg/dl)	1.0
	AST(GOT)(U/l)	22
	ALT(GPT)(U/l)	23
	ALP(IFCC法)(U/l)	283
	γ-GTP(U/l)	40
	LDH(U/l)	182
	CHE(U/l)	345.0
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
脂質	総コレステロール(mg/dl)	234
	中性脂肪(mg/dl)	151
	HDLコレステロール(mg/dl)	50
	LDLコレステロール(mg/dl)	90
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
血液一般	赤血球数(×10 <sup>4</sup> /μl)	501
	白血球数(/μl)	5510
	ヘモグロビン(g/dl)	15.4
	ヘマトクリット(%)	46.3
	血小板数(×10 <sup>4</sup> /μl)	16.4
	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
血液像	Neut(好中球)(%)	58.5
	Baso(好塩基球)(%)	0.3
	Eosino(好酸球)(%)	2.8
	Lympho(リンパ球)(%)	31.9
	Mono(単球)(%)	5.8
判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
B型肝炎	HBs抗原	<input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/> +
	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
C型肝炎	HCV抗体	<input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/> +
	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
膝機能	血清アミラーゼ(U/l)	72
	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
電解質	カルシウム(mg/dl)	9.1
	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
血清学	CRP(mg/dl)	0.160 ASLO(IU/ml) 20
	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
梅毒	TPHA	<input checked="" type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + RPR <input checked="" type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
前立腺	PSA(ng/ml)	
	判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
骨密度	同年齢比	105 若年比 95
	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

若年健診  子宮頸がん検診(単独)

理学	診断	
	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
心電図	診断	
	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
胸部X線	診断	
	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
胃部	区分	<input type="checkbox"/> X線 <input checked="" type="checkbox"/> 内視鏡
	診断	胃炎、胃ポリープ 胃潰瘍癒痕
腹部X線	診断	
	判定	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
腹部超音波	診断	
	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
子宮	クラス	I ベセスダ NILM
	内診診断	
乳房X線	診断	乳房石灰化像
	判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
眼底	医師の判断により実施	<input checked="" type="checkbox"/>
	Scheie-S	0 Scheie-H 0
	K-W分類	0 Scott 0
	Wong-Mitchell	所見なし
	改変Davis	網膜症なし
尿沈渣 I	診断	
	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
	種類	標準化値 A・B・C・D・E
	白血球	1 - 3 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	赤血球	1 - 3 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	扁平上皮	1 - 3 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	移行上皮	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	硝子円柱	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	顆粒円柱	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
尿沈渣 II	粘液糸	<input checked="" type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+
	細菌	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	尿酸結晶	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	炭酸カルシウム	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	真菌	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
判定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	

保健指導  実施・実施予定  実施しない  初回分割面談実施  
階層化  積極的  動機付け  情報提供  判定不能

健診実施機関	所在地 東京都渋谷区渋谷△△-△-△ 名称 東京△△△病院 医師 渋谷 太郎
--------	---

船員保険 生活習慣病予防健診結果通知票(受診者用)

※左面枠内は受診者本人が記入してください。

カナ	性別	生年月日	年齢	<input type="checkbox"/> 本人・船員保険 <input type="checkbox"/> 本人・国民健康保険 <input type="checkbox"/> 被扶養者・船員保険 <input type="checkbox"/> 被扶養者・国民健康保険
氏名	男 女	昭 平	区分	本人・船員保険 本人・国民健康保険 被扶養者・船員保険 被扶養者・国民健康保険
住所	郵便番号	都道府県	住所・番地	マンション・アパート名
会社名(船舶所有者名)	記号	番号	枝番	※ご本人様に直接連絡できる電話番号をご記入ください。 自宅電話番号 携帯電話番号

1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロール又は中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	脳卒中(脳出血、脳梗塞など)といわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	心臓病(狭心症、心筋梗塞)といわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	慢性腎臓病や腎不全といわれたり、治療(人工透析など)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1: 最近1か月間吸っている 条件2: 生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない <input type="checkbox"/> いいえ(上記以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 ※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれ位ですか。 ※日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分にとれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に行動を変える気がない <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に行動を変える気がある <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内に行動を変える気がある <input type="checkbox"/> 行動を変えて6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 行動を変えて6ヶ月以上
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

既往歴		病名	年齢	経過	手術
あなたが今までに病気をしたことがあれば、その病名、年齢、経過を右の欄に記入してください。また、その病気について手術をしたことがあれば手術欄に✓を記入してください。				経過観察中 放置	
既往①					
既往②					
既往③					
既往④					
既往⑤					
既往⑥					
既往⑦					

診察				胃X①				クラス			ベセ			Wong			変更	総合④		
心電①				胃X②				子宮①						眼底①				総合⑤		
心電②				胃X③				子宮②						眼底②				総合⑥		
心電③				腹X				子宮③						眼底③				総合⑦		
胸X①				腹エ①				マン①						総合①				総合⑧		
胸X②				腹エ②				マン②						総合②				総合⑨		
胸X③				腹エ③				マン③						総合③				総合⑩		

受診日(西暦) 年 月 日

身体計測	身長(cm)	体重(kg)
	BMI	腹囲(cm)
	握力(kg) 右 左	
眼科	裸眼 矯正 眼圧	右 左
	色覚	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	判定	1 2 3 4 5 6
聴力	1000Hz 4000Hz	右 左
	簡易聴力	<input type="checkbox"/> 所見無し <input type="checkbox"/> 所見あり
	判定	1 2 3 4 5 6
肺機能	肺活量(cc)	
	努力性肺活量(cc)	
	%努力性肺活量(%)	
	1秒量(cc)	
	1秒率(%)	
血圧	1回目 2回目	高 低
	判定	1 2 3 4 5 6
	尿	蛋白 潜血
腎機能	尿酸窒素(mg/dl)	
	クレアチニン(mg/dl)	
	判定	1 2 3 4 5 6
痛風	尿酸(mg/dl)	
	判定	1 2 3 4 5 6
	糖代謝	尿酸 血糖
便潜血	1回目 2回目	- ± + 2+ 3+ 4+
	判定	1 2 3 4 5 6
	虫卵	<input type="checkbox"/> 虫卵 <input type="checkbox"/> 虫卵

＜判定基準＞  
 [1]異常なし [2]観察 [3]要経過観察  
 [4]要治療 [5]要精密検査 [6]継続治療

総合判定	
------	--

受診内容  総合健診  一般健診  若年健診  子宮頸がん検診(単独)

採血	総蛋白(g/dl)	
	アルブミン(g/dl)	
	A/G比	
	総ビリルビン(mg/dl)	
	AST(GOT)(U/l)	
	ALT(GPT)(U/l)	
	ALP(IFCC法)(U/l)	
	γ-GTP(U/l)	
	LDH(U/l)	
	CHE(U/l)	
肝機能	総コレステロール(mg/dl)	
	中性脂肪(mg/dl)	
	HDLコレステロール(mg/dl)	
	LDLコレステロール(mg/dl)	
	non-HDLコレステロール(mg/dl)	
脂質	判定	1 2 3 4 5 6
	赤血球数(×10 <sup>4</sup> /μl)	
	白血球数(/μl)	
	ヘモグロビン(g/dl)	
	ヘマトクリット(%)	
血液一般	判定	1 2 3 4 5 6
	Neut(好中球)(%)	
	Baso(好塩基球)(%)	
	Eosino(好酸球)(%)	
	Lympho(リンパ球)(%)	
血液像	判定	1 2 3 4 5 6
	Mono(単球)(%)	
	判定	1 2 3 4 5 6
	B型肝炎	HBs抗原
	判定	1 2 3 4 5 6
C型肝炎	HCV抗体	
	判定	1 2 3 4 5 6
膵機能	血清アミラーゼ(U/l)	
	判定	1 2 3 4 5 6
電解質	カルシウム(mg/dl)	
	判定	1 2 3 4 5 6
血清学	CRP(mg/dl)	ASLO(IU/ml)
	判定	1 2 3 4 5 6
梅毒	TPHA	RPR
	判定	1 2 3 4 5 6
前立腺	PSA(ng/ml)	
	判定	1 2 3 4 5 6
骨密度	同年齢比	若年比
	判定	1 2 3 4 5 6

理学	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
心電図	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
胸部X線	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
胃部	区分	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 内視鏡
	診断	
腹部X線	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
腹部超音波	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
子宮	クラス	ベセスダ
	内診診断	
乳房X線	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
眼底	医師の判断により実施 <input type="checkbox"/>	
	Scheie-S	Scheie-II
	K-W分類	Scott
	Wong-Mitchell	
	変更Davis	
尿沈渣 I	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
	種類	標準化値 A・B・C・D・E
	白血球	-
	赤血球	-
尿沈渣 II	扁平上皮	-
	移行上皮	-
	硝子円柱	-
	顆粒円柱	-
	判定	1 2 3 4 5 6

保健指導	<input type="checkbox"/> 実施・実施予定 <input type="checkbox"/> 実施しない <input type="checkbox"/> 初回分割面談実施
階層化	<input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 動機付け <input type="checkbox"/> 情報提供 <input type="checkbox"/> 判定不能
健診実施機関	所在地 名称 医師

船員保険 生活習慣病予防健診結果通知票(船員保険会用) ※左面枠内は受診者本人が記入してください。

カナ	性別	生年月日			年齢	区分 <input type="checkbox"/> 本人・船員保険 <input type="checkbox"/> 本人・国民健康保険 <input type="checkbox"/> 被扶養者・船員保険 <input type="checkbox"/> 被扶養者・国民健康保険 <small>対象外</small>
氏名	男 女	昭 平	年	月	日	
住所	郵便番号	都道府県	市区町村	番地	マンション・アパート名	
会社名(船舶所有者名)	記号	番号	枝番	※ご本人様に直接連絡できる電話番号をご記入ください。 自宅電話番号 携帯電話番号		

1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロール又は中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	脳卒中(脳出血、脳梗塞など)といわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	心臓病(狭心症、心筋梗塞)といわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	慢性腎臓病や腎不全といわれたり、治療(人工透析など)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1: 最近1か月間吸っている 条件2: 生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい (条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない <input type="checkbox"/> いいえ (上記以外)	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。 <input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない		
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 ※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれ位ですか。 ※日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、 焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、 缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上	
20	睡眠で休養が十分にとれていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に行動を変える気がない <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に行動を変える気がある <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内に行動を変える気がある <input type="checkbox"/> 行動を変えて6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 行動を変えて6ヶ月以上	
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

既往歴		病名	年齢	経過	手術
あなたが今までに病気をしたことがあれば、その病名、年齢、経過を右の欄に記入してください。また、その病気について手術をしたことがあれば手術欄に✓を記入してください。				治療 治療中 経過観察中 放置	
既往①					
既往②					
既往③					
既往④					
既往⑤					
既往⑥					
既往⑦					

船員保険会記入欄 (記入不要)		既往①	既往②	既往③	既往④	既往⑤	既往⑥	既往⑦			
診察		胃X①		クラス		ベセ		Wong		変更	総合④
心電①		胃X②		子宮①				眼底①			総合⑤
心電②		胃X③		子宮②				眼底②			総合⑥
心電③		腹X		子宮③				眼底③			総合⑦
胸X①		腹エ①		マン①				総合①			総合⑧
胸X②		腹エ②		マン②				総合②			総合⑨
胸X③		腹エ③		マン③				総合③			総合⑩

受診日(西暦) 年 月 日

身体計測	身長(cm)	体重(kg)
	BMI	腹囲(cm)
眼科	握力(kg) 右 左	
	裸眼 矯正 眼圧	右 左 右 左
聴力	色覚	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	判定	1 2 3 4 5 6
肺機能	1000Hz 4000Hz	右 左 右 左
	判定	1 2 3 4 5 6
血圧	1回目 2回目	高 低 高 低
	判定	1 2 3 4 5 6
尿	蛋白 潜血	
	判定	1 2 3 4 5 6
腎機能	尿酸窒素(mg/dl)	
	判定	1 2 3 4 5 6
痛風	尿酸(mg/dl)	
	判定	1 2 3 4 5 6
糖代謝	尿糖	
	判定	1 2 3 4 5 6
便潜血	1回目 2回目	
	判定	1 2 3 4 5 6
虫卵	虫卵	
	判定	1 2 3 4 5 6

<判定基準>  
 [1]異常なし [2]観察 [3]要経過観察  
 [4]要治療 [5]要精密検査 [6]継続治療

総合判定	
------	--

受診内容  総合健診  一般健診

採血	総蛋白(g/dl)	
	判定	1 2 3 4 5 6
肝機能	AST(GOT)(U/l)	
	判定	1 2 3 4 5 6
脂質	総コレステロール(mg/dl)	
	判定	1 2 3 4 5 6
血液一般	赤血球数(×10 <sup>4</sup> /μl)	
	判定	1 2 3 4 5 6
血液像	Neut(好中球)(%)	
	判定	1 2 3 4 5 6
B型肝炎	HBs抗原	
	判定	1 2 3 4 5 6
C型肝炎	HCV抗体	
	判定	1 2 3 4 5 6
膵機能	血清アミラーゼ(U/l)	
	判定	1 2 3 4 5 6
電解質	カルシウム(mg/dl)	
	判定	1 2 3 4 5 6
血清学	CRP(mg/dl)	
	判定	1 2 3 4 5 6
梅毒	TPHA	
	判定	1 2 3 4 5 6
前立腺	PSA(ng/ml)	
	判定	1 2 3 4 5 6
骨密度	同年齢比	
	判定	1 2 3 4 5 6

若年健診  子宮頸がん検診(単独)

理学	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
心電図	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
胸部X線	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
胃部	区分	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 内視鏡
	判定	1 2 3 4 5 6
腹部X線	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
腹部超音波	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
子宮	クラス	ベセスダ
	判定	1 2 3 4 5 6
乳房X線	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
眼底	医師の判断により実施	<input type="checkbox"/>
	Scheie-S	Scheie-II
尿沈渣 I	種類	標準化値 A・B・C・D・E
	白血球	
尿沈渣 II	種類	標準化値 A・B・C・D・E
	白血球	

保健指導	<input type="checkbox"/> 実施・実施予定 <input type="checkbox"/> 実施しない <input type="checkbox"/> 初回分割面談実施
階層化	<input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 動機付け <input type="checkbox"/> 情報提供 <input type="checkbox"/> 判定不能
健診実施機関	所在地 名称 医師

船員保険 生活習慣病予防健診結果通知票(実施機関用) ※左面枠内は受診者本人が記入してください。

カナ	性別	生年月日	年齢	区分
氏名	男 女	昭 平		<input type="checkbox"/> 本人・船員保険 <input type="checkbox"/> 本人・国民健康保険 <input type="checkbox"/> 被扶養者・船員保険 <input type="checkbox"/> 被扶養者・国民健康保険
住所	郵便番号	都道府県	市区町村	マンション・アパート名
会社名(船舶所有者名)	記号	番号	枝番	※ご本人様に直接連絡できる電話番号をご記入ください。 自宅電話番号 携帯電話番号

1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロール又は中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	脳卒中(脳出血、脳梗塞など)といわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	心臓病(狭心症、心筋梗塞)といわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	慢性腎臓病や腎不全といわれたり、治療(人工透析など)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1: 最近1か月間吸っている 条件2: 生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない <input type="checkbox"/> いいえ(上記以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 ※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれ位ですか。 ※日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分にとれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に行動を変える気がない <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に行動を変える気がある <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内に行動を変える気がある <input type="checkbox"/> 行動を変えて6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 行動を変えて6ヶ月以上
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

既往歴		病名	年齢	経過	手術
あなたが今までに病気をしたことがあれば、その病名、年齢、経過を右の欄に記入してください。また、その病気について手術をしたことがあれば手術欄に✓を記入してください。				経過観察中 放置	
既往①					
既往②					
既往③					
既往④					
既往⑤					
既往⑥					
既往⑦					

診察	胃X①	クラス	ベセ	Wong	変更	総合④
心電①	胃X②	子宮①		眼底①		総合⑤
心電②	胃X③	子宮②		眼底②		総合⑥
心電③	腹X	子宮③		眼底③		総合⑦
胸X①	腹エ①	マン①		総合①		総合⑧
胸X②	腹エ②	マン②		総合②		総合⑨
胸X③	腹エ③	マン③		総合③		総合⑩

受診日(西暦) 年 月 日

身体計測	身長(cm)	体重(kg)
	BMI	腹囲(cm)
	握力(kg) 右 左	
眼科	裸眼 矯正 眼圧	右 左
	色覚	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	判定	1 2 3 4 5 6
聴力	1000Hz 4000Hz	右 左
	簡易聴力	<input type="checkbox"/> 所見無し <input type="checkbox"/> 所見あり
	判定	1 2 3 4 5 6
肺機能	肺活量(cc)	
	努力性肺活量(cc)	
	%努力性肺活量(%)	
	1秒量(cc)	
	1秒率(%)	
血圧	1回目 2回目	高 低
	判定	1 2 3 4 5 6
	尿	蛋白 潜血
腎機能	尿酸窒素(mg/dl)	
	クレアチニン(mg/dl)	
	判定	1 2 3 4 5 6
痛風	尿酸(mg/dl)	
	判定	1 2 3 4 5 6
	糖代謝	尿酸 血糖
便潜血	1回目 2回目	- +
	判定	1 2 3 4 5 6
	虫卵	虫卵
判定基準	1 2 3 4 5 6	
	判定	1 2 3 4 5 6
	判定	1 2 3 4 5 6

<判定基準>  
 [1]異常なし [2]観察 [3]要経過観察  
 [4]要治療 [5]要精密検査 [6]継続治療

総合判定	
------	--

受診内容  総合健診  一般健診

肝機能	総蛋白(g/dl)	
	アルブミン(g/dl)	
	A/G比	
	総ビリルビン(mg/dl)	
	AST(GOT)(U/l)	
	ALT(GPT)(U/l)	
	ALP(IFCC法)(U/l)	
	γ-GTP(U/l)	
	LDH(U/l)	
	CHE(U/l)	
脂質	総コレステロール(mg/dl)	
	中性脂肪(mg/dl)	
	HDLコレステロール(mg/dl)	
	LDLコレステロール(mg/dl)	
	non-HDLコレステロール(mg/dl)	
血液一般	赤血球数(×10 <sup>4</sup> /μl)	
	白血球数(/μl)	
	ヘモグロビン(g/dl)	
	ヘマトクリット(%)	
	血小板数(×10 <sup>4</sup> /μl)	
血液像	Neut(好中球)(%)	
	Baso(好塩基球)(%)	
	Eosino(好酸球)(%)	
	Lympho(リンパ球)(%)	
	Mono(単球)(%)	
B型肝炎	HBs抗原	- +
	判定	1 2 3 4 5 6
C型肝炎	HCV抗体	- +
	判定	1 2 3 4 5 6
膵機能	血清アミラーゼ(U/l)	
	判定	1 2 3 4 5 6
電解質	カルシウム(mg/dl)	
	判定	1 2 3 4 5 6
血清学	CRP(mg/dl)	ASLO(IU/ml)
	判定	1 2 3 4 5 6
梅毒	TPHA	RPR
	判定	1 2 3 4 5 6
前立腺	PSA(ng/ml)	
	判定	1 2 3 4 5 6
骨密度	同年齢比	若年比
	判定	1 2 3 4 5 6

若年健診  子宮頸がん検診(単独)

理学	診断	1 2 3 4 5 6
	判定	1 2 3 4 5 6
心電図	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
胸部X線	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
胃部	区分	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 内視鏡
	診断	
腹部X線	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
腹部超音波	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
子宮	クラス	ベセスダ
	内診診断	
乳房X線	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
眼底	医師の判断により実施 <input type="checkbox"/>	
	Scheie-S	Scheie-II
	K-W分類	Scott
	Wong-Mitchell	
	変更Davis	
尿沈渣 I	診断	
	判定	1 2 3 4 5 6
	種類	標準化値 A・B・C・D・E
	白血球	-
	赤血球	-
尿沈渣 II	扁平上皮	-
	移行上皮	-
	硝子円柱	-
	顆粒円柱	-
	判定	1 2 3 4 5 6

保健指導	<input type="checkbox"/> 実施・実施予定 <input type="checkbox"/> 実施しない <input type="checkbox"/> 初回分割面談実施
階層化	<input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 動機付け <input type="checkbox"/> 情報提供 <input type="checkbox"/> 判定不能
健診実施機関	所在地 名称 医師