

# ① 特定健康診査等の記録

受診年月日	年月日	年月日
身長	cm	cm
体重	kg	kg
腹囲	cm	cm
B M I		
中性脂肪	mg/dl	mg/dl
HDLコレステロール	mg/dl	mg/dl
LDLコレステロール	mg/dl	mg/dl
空腹時血糖	mg/dl	mg/dl
HbA1c(ヘモグロビンA1c)	%	%
尿糖	- ± + ++ ###	- ± + ++ ###
収縮期(最高) 血圧	mmHg	mmHg
拡張期(最低) 血圧	mmHg	mmHg

年月日	年月日	年月日
cm	cm	cm
kg	kg	kg
cm	cm	cm
mg/dl	mg/dl	mg/dl
%	%	%
- ± + ++ ###	- ± + ++ ###	- ± + ++ ###
mmHg	mmHg	mmHg
mmHg	mmHg	mmHg

受診年月日	年 月 日	年 月 日
尿 蛋 白	- ± + ++ ###	- ± + ++ ###
血清クレアチニン	mg/dℓ	mg/dℓ
血 清 尿 酸	mg/dℓ	mg/dℓ
尿 潜 血	- ± + ++ ###	- ± + ++ ###
e G F R	mℓ/分/1.73m <sup>2</sup>	mℓ/分/1.73m <sup>2</sup>
A S T ( G O T )	U/ℓ	U/ℓ
A L T ( G P T )	U/ℓ	U/ℓ
<small>ガンマ</small> γ-GT (γ-GTP)	U/ℓ	U/ℓ
ヘマトクリット値	%	%
血 色 素 量 (ヘモグロビン)	g/dℓ	g/dℓ
赤 血 球 数	万/mm <sup>3</sup>	万/mm <sup>3</sup>
心 電 図 <sup>※</sup>	所見あり 所見なし	所見あり 所見なし
眼 底 <sup>※</sup>	所見あり 所見なし	所見あり 所見なし
その他(既往歴など)		

※対象者のみ実施

年 月 日	年 月 日	年 月 日
- ± + ++ ###	- ± + ++ ###	- ± + ++ ###
mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ
mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ
- ± + ++ ###	- ± + ++ ###	- ± + ++ ###
mℓ/分/1.73m <sup>2</sup>	mℓ/分/1.73m <sup>2</sup>	mℓ/分/1.73m <sup>2</sup>
U/ℓ	U/ℓ	U/ℓ
U/ℓ	U/ℓ	U/ℓ
U/ℓ	U/ℓ	U/ℓ
%	%	%
g/dℓ	g/dℓ	g/dℓ
万/mm <sup>3</sup>	万/mm <sup>3</sup>	万/mm <sup>3</sup>
所見あり 所見なし	所見あり 所見なし	所見あり 所見なし
所見あり 所見なし	所見あり 所見なし	所見あり 所見なし

受診年月日	年 月 日	年 月 日
メタボリック シンドローム判定 (該当区分に○)	基準該当 予備群該当 非該当	基準該当 予備群該当 非該当
医師の判断/判断した医師		
受診機関名		

年 月 日	年 月 日	年 月 日
基準該当 予備群該当 非該当	基準該当 予備群該当 非該当	基準該当 予備群該当 非該当

## ②特定保健指導の記録

受診年月日	年 月 日	年 月 日
特定保健指導 (該当区分に○)	積極的支援 動機付け支援 情報提供	積極的支援 動機付け支援 情報提供
そ の 他 (指導内容等)		

年 月 日	年 月 日	年 月 日
積極的支援 動機付け支援 情報提供	積極的支援 動機付け支援 情報提供	積極的支援 動機付け支援 情報提供

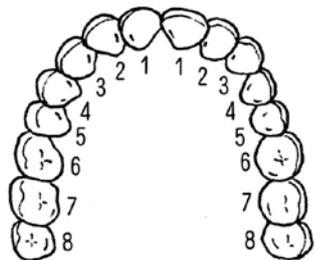
### ③ 歯科健康診査の記録

受診年月日	年 月 日	年 月 日
判 定	異常なし 要指導・要精検	異常なし 要指導・要精検
歯の状態 歯肉の状態 口腔粘膜の状態 咬合の状態 口腔の清掃状態	異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 良好・不十分	異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 良好・不十分
実施機関名		

精密検査	受診年月日	年 月 日	年 月 日
	受診機関名		

〈歯の状態〉

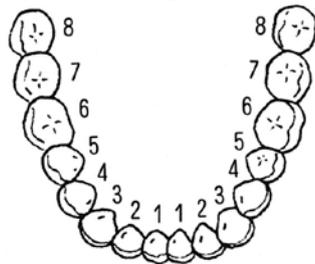
上あご



- 1 中切歯
- 2 側切歯 } 前歯
- 3 犬歯
- 4 第一小臼歯 } 小臼歯
- 5 第二小臼歯
- 6 第一大臼歯 } 大臼歯
- 7 第二大臼歯
- 8 第三大臼歯 } (親知らず)

〈歯の状態〉

下あご



- 1 中切歯
- 2 側切歯 } 前歯
- 3 犬歯
- 4 第一小臼歯 } 小臼歯
- 5 第二小臼歯
- 6 第一大臼歯 } 大臼歯
- 7 第二大臼歯
- 8 第三大臼歯 } (親知らず)

年 月 日	年 月 日	年 月 日
異常なし 要指導・要精検	異常なし 要指導・要精検	異常なし 要指導・要精検
異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 良好・不十分	異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 良好・不十分	異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 異常認めず・要治療 良好・不十分

年 月 日	年 月 日	年 月 日

## ④がん検診の記録

### ●胃がん検診の記録

受診年月日	年 月 日	年 月 日
判 定	精検不要・要精検	精検不要・要精検
検 査 方 法	エックス線・内視鏡	エックス線・内視鏡
実施機関名		

精密検査	受診年月日	年 月 日	年 月 日
	受診機関名		

年 月 日	年 月 日	年 月 日
精検不要・要精検	精検不要・要精検	精検不要・要精検
エックス線・内視鏡	エックス線・内視鏡	エックス線・内視鏡

年 月 日	年 月 日	年 月 日

### ●子宮頸がん検診の記録

受診年月日	年 月 日	年 月 日
判 定	精検不要・要精検	精検不要・要精検
実施機関名		

精密検査	受診年月日	年 月 日	年 月 日
	受診機関名		

年 月 日	年 月 日	年 月 日
精検不要・要精検	精検不要・要精検	精検不要・要精検

年 月 日	年 月 日	年 月 日

## ④がん検診の記録

### ●肺がん検診の記録

受診年月日	年 月 日	年 月 日
判 定	精検不要・要精検	精検不要・要精検
実施機関名		

精密検査	受診年月日	年 月 日	年 月 日
	受診機関名		

年 月 日	年 月 日	年 月 日
精検不要・要精検	精検不要・要精検	精検不要・要精検

年 月 日	年 月 日	年 月 日

### ●乳がん検診の記録

受診年月日	年 月 日	年 月 日
判 定	精検不要・要精検	精検不要・要精検
実施機関名		

精密検査	受診年月日	年 月 日	年 月 日
	受診機関名		

年 月 日	年 月 日	年 月 日
精検不要・要精検	精検不要・要精検	精検不要・要精検

年 月 日	年 月 日	年 月 日

## ④がん検診の記録

### ●大腸がん検診の記録

受診年月日	年 月 日	年 月 日
判 定	便潜血陰性・要精検	便潜血陰性・要精検
実施機関名		

精密検査	受診年月日	年 月 日	年 月 日
	受診機関名		

年 月 日	年 月 日	年 月 日
便潜血陰性・要精検	便潜血陰性・要精検	便潜血陰性・要精検

年 月 日	年 月 日	年 月 日

### ●前立腺がん検診の記録

受診年月日	年 月 日	年 月 日
判 定	精検不要・要精検	精検不要・要精検
実施機関名		

精密検査	受診年月日	年 月 日	年 月 日
	受診機関名		

年 月 日	年 月 日	年 月 日
精検不要・要精検	精検不要・要精検	精検不要・要精検

年 月 日	年 月 日	年 月 日

## 毎月1回、乳がんの自己検診を

- 毎月、月経の一週間後くらい、閉経後の方は毎月、日を決めて行ってみてください。

### 方法

#### ①鏡の前でチェック

まず両手を上げ、次に両手を下げ、乳房の大きさと形、くぼみ、ひきつれ、乳首のへこみ、ただれがないかを、正面、左右、斜めの方向からよく調べましょう。

#### ②横になってチェック

肩の下に枕を入れ、乳房が平たく広がるようにします。指でつままずに、指の腹を使ってしこりがないかさがしましょう。脇の下のリンパ節がはれていないかもみましょう。



#### ③異常分泌物のチェック

乳首をつまんで血液などの異常分泌物が出ていないかをみましょう。  
※少しでも異常を感じたら、すぐ専門医の診察を受けてください。

## ⑤肝炎ウイルス検査の記録

受診年月日	年 月 日
実施医療機関名	
B型肝炎ウイルス検査	<p style="text-align: center;"><b>陽性</b></p> <p>※医療機関の受診を強く勧めます。一度は専門医を受診しましょう。</p> <p style="text-align: center;"><b>陰性</b></p> <p>※今回検査を受けた日を覚えておきましょう。</p>
C型肝炎ウイルス検査	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い ※医療機関の受診を強く勧めます。一度は専門医を受診しましょう。</li> <li>2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い ※今回検査を受けた日を覚えておきましょう。</li> </ol>

※今回は感染している可能性が低いと判定された場合でも、今後「身体がだるい」「食欲がない」「吐き気がする」「皮膚が黄色くなる(黄疸)」などの症状が出たり、肝機能の異常を指摘された場合などは、必ず医師に相談してください。

#### ●神奈川県「肝炎治療医療費助成制度」について

神奈川県では、C型肝炎ウイルス性肝炎の根治を目的として行うインターフェロン治療(少量長期投与を除く)及びインターフェロンフリー治療並びにB型肝炎ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療(少量長期投与を除く)及び核酸アナログ製剤治療に係る医療費の助成を行っています。

横浜市に在住の方の申請窓口は、お住まいの区の福祉保健課健康づくり係になります。(電話番号は74ページを参照してください)

## ⑥ 血圧測定と体重測定等の記録

### ● 血圧測定をしましょう

心臓が収縮して血液を送り出すときの圧力が収縮期血圧、拡張したときの圧力が拡張期血圧です。一般的には収縮期血圧を上、拡張期血圧を下の血圧と言うこともあります。

血圧値は体調や環境などによっても変動するため、病院や健診で測定した場合、緊張して家庭での測定より数値が上がることがあります。定期的に測定することで、自分の血圧値を知っておき、高い値が続く時は、早めに受診しましょう。

※心・腎疾患や糖尿病等で治療している場合は、主治医に目標値を確認しましょう。

### ● 血圧値の分類 (成人血圧、単位はmmHg)

分類	診察室血圧			家庭血圧		
	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧
正常血圧	<120	かつ	<80	<115	かつ	<75
正常高値血圧	120-129	かつ	<80	115-124	かつ	<75
高値血圧	130-139	かつ/または	80-89	125-134	かつ/または	75-84
I度高血圧	140-159	かつ/または	90-99	135-144	かつ/または	85-89
II度高血圧	160-179	かつ/または	100-109	145-159	かつ/または	90-99
III度高血圧	≥180	かつ/または	≥110	≥160	かつ/または	≥100
(孤立性) 収縮期高血圧	≥140	かつ	<90	≥135	かつ	<85

(出典 日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン」2019年4月改訂・発行)

診察室血圧の測定は1日だけでなく別の日にも行い、数回の測定結果をもとに判定します。そして、収縮期血圧/拡張期血圧のどちらか一方でも140/90mmHg以上であれば高血圧と診断されます。また、家庭血圧の値が5～7日の平均でどちらか一方でも135/85mmHg以上である場合も高血圧と診断されます。なお、高血圧の判定では家庭血圧の値が優先して用いられます。

### ● 適正体重を保ちましょう

太りすぎややせすぎに注意し、適正体重を維持することが大切です。とくに肥満はメタボリックシンドロームを招き、生活習慣病にかかるリスクが高くなるので、注意が必要です。

下の表は国際的に広く用いられているBMI<sup>ビーエムアイ</sup>(Body Mass Index)という体格指数による肥満度の計算法です。体重管理の目安にしてください。

### ● BMIの計算方法

BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

※BMI値が22前後の人が、最も病気にかかりにくいといわれています。

### BMI判定表

(日本肥満学会)

18.5未満	やせ
18.5以上25.0未満	普通体重
25.0以上	肥満

### ● 適正体重の計算方法

適正体重=身長(m)×身長(m)×22

(例) 身長170cmで体重80kgの人の場合

・BMI: 80(kg)÷1.7(m)÷1.7(m)=27.7

⇒肥満と判定されます。

・適正体重: 1.7(m)×1.7(m)×22=63.6(kg)

⇒減量を心がける必要があります。





## ⑦健康講座の記録

健康に関する講座を受けたときの記録をメモしておきましょう。

年月日	記入欄
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	

年月日	記入欄
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	

## ⑧健康相談の記録

健康相談を受けたとき、相談した内容やアドバイスを受けた点などを記録しておきましょう。

年 月 日	記入欄 (相談内容・アドバイス内容)
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	

年 月 日	記入欄 (相談内容・アドバイス内容)
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	

## ⑨ 予防接種の記録

どの予防接種をいつどここの医療機関で受けたのかなどを記録しておきましょう。

年 月 日	記入欄 (ワクチンの種類等)
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	

年 月 日	記入欄 (ワクチンの種類等)
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	

## ⑩医療・薬などの記録

本人またはご家族がご記入ください。または、医療機関、薬局、訪問看護ステーション、または介護老人保健施設において記載してもらってください。

医療機関名： 年 月 日：	必 要 事 項
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	

医療機関名： 年 月 日：	必 要 事 項
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	

医療機関名 年 月 日	必 要 事 項
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	

医療機関名 年 月 日	必 要 事 項
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	