

健康手帳



住 所 : 東京都小金井市	町
丁目	番 号
氏 名 :	
生年月日 :	年 月 日

小金井市

私の記録



ふりがな		性別	血液型
氏名		男・女	
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
住所	電話：		
勤務先	電話：		
緊急時の連絡先	電話：		
かかりつけの医師	電話：		
保険証の記号番号	医療保険		
	介護保険		
メモ			



健康目標

年 月 日

目標： _____

目標達成のためにすること

年 月 日

目標： _____

目標達成のためにすること

年 月 日

目標： _____

目標達成のためにすること



特定健康診査等の記録

受診年月日		年 月 日				
身長		cm	cm	cm	cm	cm
体重		kg	kg	kg	kg	kg
腹 囲		cm	cm	cm	cm	cm
B M I						
血 圧 (収縮期～拡張期)		~	~	~	~	~
血中脂質 検査	中性脂肪	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	HDLコレステロール	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	LDLコレステロール	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
肝機能 検査	GOT	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l
	GPT	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l
	γ-GTP	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l
血糖検査	空腹時血糖	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	ヘモグロビンA1c	%	%	%	%	%
尿検査	糖					
	蛋白					
貧血検査	赤血球数	万/mm ³				
	血色素量	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
	ヘマトクリット値	%	%	%	%	%
心電図		異常認めず	異常認めず	異常認めず	異常認めず	異常認めず
		異常あり(疑)	異常あり(疑)	異常あり(疑)	異常あり(疑)	異常あり(疑)
眼底検査		異常認めず	異常認めず	異常認めず	異常認めず	異常認めず
		異常あり(疑)	異常あり(疑)	異常あり(疑)	異常あり(疑)	異常あり(疑)
腎検査	クレアチニン					
	尿酸					

B M I = 体重 ÷ 身長 ÷ 身長



特定健康診査等の記録②

受診年月日	年 月 日				
既往歴					
服薬歴					
喫煙歴					
自覚症状					
他覚症状					
メタボリック シンドローム (該当区分に○)	基準該当	基準該当	基準該当	基準該当	基準該当
	予備軍該当	予備軍該当	予備軍該当	予備軍該当	予備軍該当
	非該当	非該当	非該当	非該当	非該当
医師の判断/ 判断した医師					
受診機関名					

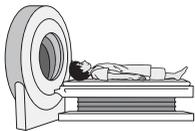
特定保健指導の記録

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



検(健)診の記録

歯周疾患 検診	受診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	判定	異常なし ・要精検	異常なし ・要精検	異常なし ・要精検	異常なし ・要精検	異常なし ・要精検
	実施機関名					
精密検査	受診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	受診機関名					
	結果					
骨粗しょう症 検診	受診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	判定	異常なし ・要精検	異常なし ・要精検	異常なし ・要精検	異常なし ・要精検	異常なし ・要精検
	実施機関名					
精密検査	受診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	受診機関名					
	結果					
() 検診	受診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	判定	異常なし ・要精検	異常なし ・要精検	異常なし ・要精検	異常なし ・要精検	異常なし ・要精検
	実施機関名					
精密検査	受診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	受診機関名					
	結果					
C型肝炎 ウイルス検査	受診年月日	年 月 日	判定結果			
	年 月 日	1 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い 2 現在、C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い				
HBs抗原検査	年 月 日	陽性 ・ 陰性				



がん検診の記録

胃がん検診	受診年月日	年 月 日	年 月 日	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	精検不要 ・要精検	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 受診機関名 結果	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
肺がん検診	受診年月日	年 月 日	年 月 日	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	精検不要 ・要精検	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 受診機関名 結果	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
大腸がん検診	受診年月日	年 月 日	年 月 日	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	精検不要 ・要精検	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 受診機関名 結果	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
子宮がん検診	受診年月日	年 月 日	年 月 日	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	精検不要 ・要精検	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 受診機関名 結果	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
乳がん検診	受診年月日	年 月 日	年 月 日	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	精検不要 ・要精検	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 受診機関名 結果	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日



特定健康診査問診票

	質問事項	項目にチェックをつける
1	現在、血圧を下げる薬を使用している。	<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服用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロールを下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	<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る。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<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。	<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。	<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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	この1年間で体重の増減が＋－3kg以上あった。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒（清酒・焼酎・ビール・洋酒など）を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合の目安：ビール中瓶1本（約500ml）、焼酎35度（80ml）、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）	<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合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣の改善をしてみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである <input type="checkbox"/> 近いうちに改善するつもりである。 <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる。（6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる。（6ヶ月以上）
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ



血圧の記録

280														
270														
260														
250														
240														
230														
220														
210														
200														
190														
180														
170														
160														
150														
140														
130														
120														
110														
100														
90														
80														
70														
60														
50														
40														

血圧	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
測定日	年 月 日													

古紙を配合しています。