

胃がん検診受診券貼付箇所

A 胃がん検診(X線検査用)問診票

※受診される方は太枠の中をボールペンで記入してください。
 ※前年度、胃がん検診(内視鏡検査)を受診された方は、今年度、胃がん検診(X線検査)を受診することができません。

胃の病気の経験	1 なし	2 胃下垂	3 慢性胃炎	4 胃潰瘍	5 十二指腸潰瘍	
	6 胃がん	7 胃ポリープ	8 その他	現在・()歳頃		
既往手術	1 なし	2 胃潰瘍	3 十二指腸潰瘍	4 胃がん	5 胃ポリープ	6 その他
自覚症状状	体がだるい	1 なし	2 あり			
	腹部不快感	1 なし	2 あり			
	体重増減	1 なし	2 やせた	3 ふとった		
	胸やけ	1 なし	2 あり			
	食欲	1 なし	2 あり			
	げっぷ	1 なし	2 あり			
	飲み込み困難	1 なし	2 あり			
	吐き気	1 なし	2 あり			
	上腹痛	1 なし	2 食後	3 空腹時		
吐くこと	1 なし	2 あり				
家族歴(血縁者)	胃がん	1 なし	2 あり(父・母・祖父母・兄弟姉妹・子供)			
	他のがん	1 なし	2 あり(子宮、乳、肺、その他:)			

※この検診は、広島市が実施している事業です。受診結果等を医療機関に照会させていただく場合がありますので、御了承ください。

- ① 一般
- ② 免除 後期高齢者医療被保険者であることの証明書
- ③ 除 70歳以上の方であることの証明書
- ④ 書 被保護者証明書(夜間・休日等受診用)
- ⑤ 類 市民税非課税世帯であることの証明書

請求用

胃がん検診(X線検査用)結果票(B)

※受診者本人が、次の住所・氏名等欄にボールペンで記入してください。
 ※医療機関の方は、この所は必ず記入してください。

氏名	カナ <input checked="" type="checkbox"/> 氏名	生年月日	大・昭	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		
	漢字	年月日	年 月 日	歳			
住所	〒 広島市 区 町 丁目 番 号 TEL						
	番地						
⑪ 胃がん検診を過去3年以内に受けたことがありますか。 1. ない 2. ある							
受診券番号			← 受診券を忘れた場合のみ記入				
所見の現出部位	レリーフ	腹臥位	背臥位	背臥第一斜位	背臥第二斜位	立位正面	立位第一斜位
部位	1 噴門部		2 体部	3 胃角部	4 前庭部		
	5 幽門部		6 球部	7 その他()			
所見	1 小彎		2 大彎	3 前壁	4 後壁		
	1 異常なし 2 ニッシェ 3 欠損様 4 フレック 5 小彎短縮 6 胃角哆開 7 彎入 8 辺縁不整 9 辺縁硬化 10 レリーフ集中 11 レリーフ乱れ 12 粗大レリーフ 13 十二指腸球部変形 14 球部充盈不良 15 その他()						
判定	1 異常なし 2 経過観察 3 要精検 4 その他()						
精検	1 胃がん疑いで要 2 否[特記事項]() 3 胃がん以外の疑いで要						
健康手帳	1 交付 2 再交付 3 交付済み						
⑬ 令和 年 月 日 上記のとおり実施しました。						⑭ 医療機関コード(7ケタ)を記入	

医療機関所在地
 名称
 氏名(管理者)

※「胃がん疑いで要精検」となった方については、「精密検査結果連絡票」により精密検査の結果を広島市に御提出ください。
 受診者への結果の通知(連絡) [1 通知済み(R 年 月 日) 2 次回受診時に通知]
 R7.4改

B

請求用

住所 広島市 区		① <input type="checkbox"/> 一般 ② <input type="checkbox"/> 免 ③ <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者であることの証明書	
町 丁目 番 号		④ <input type="checkbox"/> 除 ⑤ <input type="checkbox"/> 70歳以上の方であることの証明書	
番 地 号		⑥ <input type="checkbox"/> 被保護者証明書(夜間・休日等受診用)	
氏名 カナ ⑥		⑦ <input type="checkbox"/> 書類 ⑧ <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯であることの証明書	
漢字		※受診者本人が、次の住所・氏名欄にボールペンで記入してください。 ※医療機関の方は ⑨ の所は必ず記入してください。	
TEL	大・昭 年 月 日 歳 男・女	⑩	
TEL		⑪	

⑪ 胃がん検診(内視鏡検査又はX線検査)を過去3年以内に受けたことがありますか。 1. ない 2. ある

受診券番号

胃がん検診(内視鏡検査用)問診票・結果票(B)

【問診票】※受診される方は太枠の中をボールペンで記入してください。
※前年度、内視鏡検査を受診された方は、今年度、胃がん検診(X線検査含む)を受診できません。

- (1) これまで胃がん(食道・十二指腸を含む)にかかったことがありますか。
1. ない 2. ある (歳頃 病名) 3. その他のがん (病名)
- (2) これまで胃がん以外の胃疾患(食道・十二指腸を含む)にかかったことがありますか。
1. ない 2. ある (歳頃 病名) 3. 治療中 (病名)
- (3) ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか。
1. ない 2. ある (歳頃) 3. 治療中
- (4) 現在、胸やけ、吐き気など体の不調の自覚症状がありますか。
1. ない 2. ある (症状)
- (5) 現在、狭心症や不整脈など心疾患の治療を受けていますか。
1. ない 2. 治療中 (病名)
- (6) 現在、次の病気の治療を受けていますか。
1. ない 2. 高血圧症 3. 緑内障 4. 前立腺肥大症 5. 甲状腺機能亢進症 6. 心疾患
- (7) 現在、抗血栓薬(ワルファリン、パファリンなど)の服用がありますか。
1. ない 2. ある (薬の種類)
- (8) これまで薬に対するアレルギーが出たことがありますか。
1. ない 2. ある (薬の種類)
- (9) これまで麻酔を使用した時(歯の治療時など)に身体に不調が生じたことがありますか。
1. ない 2. ある (状態)
- (10) 現在、入れ歯の使用がありますか。
1. ない 2. ある
- (11) これまで次の鼻の病気にかかったことがありますか。
1. ない 2. 副鼻腔炎 3. 鼻茸 4. アレルギー性鼻炎
- (12) これまで鼻腔の手術を受けたことがありますか。
1. ない 2. ある (歳頃)
- (13) 現在、たばこ(加熱式たばこを含む)を吸っていますか。
1. 吸っていない 2. 過去に吸っていた 3. 吸っている
- (14) 家族が胃がん(食道・十二指腸を含む)にかかったことがありますか。
1. ない 2. ある (歳頃 病名) 3. その他のがん (病名)

胃がん検診受診券貼付箇所

この検診は、広島市が実施している事業です。
受診結果等を医療機関に照会させていただく場合がありますので、御了承ください。

【結果票① 検査医による検査結果】

13 検査実施日	令和 年 月 日	検査医師名
14 検診方法	1. 経口 2. 経鼻	
15 部位	(1)	1. 食道 2. 胃噴門部 3. 胃穹窿部 4. 胃体部 5. 胃角部 6. 胃前庭部 7. 胃幽門部 8. 十二指腸 9. その他 ()
	(2)	1. 前壁 2. 後壁 3. 小弯 4. 大弯 5. 全周 6. 全体 7. その他 ()
16 所見	1. 異常なし 2. 胃炎 3. 胃ポリープ(胃底腺・過形成性) 4. 胃粘膜下腫瘍 5. 胃潰瘍癒痕 6. 胃潰瘍 7. 胃腺腫 8. 胃悪性リンパ腫 9. 胃がん(早期の疑い・早期・進行の疑い・進行・深達度不明) 10. その他の胃疾患 () 11. 食道ポリープ 12. 食道静脈瘤 13. 食道がん(早期の疑い・早期・進行の疑い・進行・深達度不明) 14. その他の食道疾患 () 15. 十二指腸ポリープ 16. 十二指腸潰瘍癒痕 17. 十二指腸潰瘍 18. その他の十二指腸疾患 () 19. 胃・食道・十二指腸以外の疾患 ()	
	*複数の場合は、それぞれの部位がわかるように○・△などで区別してください。	
17 生検の実施	1. なし 2. あり(結果 Group 1 2 3 4 5 区分不可)(診断名) ※生検部位 () ※生検を実施した場合は、必ず「病理診断報告書(写し)」を添付し、読影依頼してください。	
18 偶発症有無	1. なし 2. あり ※ありの場合は、「胃がん検診(胃内視鏡検査)偶発症報告書」を提出してください。	
19 検査医判定	1. 胃がんなし(疾患名) 2. 胃がん(原発性 転移性 早期(粘膜内) 進行) 3. 胃がんの疑い 4. 胃がん以外の悪性病変 ()	

【結果票② 読影医による読影結果】

20 読影実施日	令和 年 月 日	読影医師名
読影医の所見等	※追加病変(部位、所見等)がある場合に記入してください。	
21 再検査要否	1. なし 2. あり ※ありの場合は、理由(①~③のいずれか)に○をしてください。 ①画像不鮮明 ②腫瘍性病変の疑い ③その他()	
22 読影医判定	1. 胃がんなし(疾患名) 2. 胃がん(原発性 転移性 早期(粘膜内) 進行) 3. 胃がんの疑い 4. 胃がん以外の悪性病変 ()	

【結果票③ 総合判定結果】

23 総合判定	1. 胃がんなし(疾患名) 2. 胃がん(原発性 転移性 早期(粘膜内) 進行) 3. 胃がんの疑い 4. 胃がん以外の悪性病変 ()	
24 検査後の方針	1. 異常なし 2. 経過観察 3. 胃がん疑いで要精検 4. 胃がんで要治療(内科的治療 内視鏡治療 外科的治療 他院紹介) 5. 胃がん以外の疑いで要精検・要治療	
25 総合判定日	令和 年 月 日	医療機関コード(7ケタ)を記入 26
27 検診実施医療機関	所在地 名称 氏名(管理者)	
28 精密検査実施医療機関	1. 自院で実施 2. 他院を紹介 医療機関名 ()	
29 健康手帳	1. 交付 2. 再交付 3. 交付済み	

※「胃がん疑いで要精検」となった人については、「精密検査結果連絡票」により精密検査の結果を広島市に御提出ください。
※受診者への結果の通知(連絡) [1.通知済み(R 年 月 日) 2.次回受診日に通知]



子宮頸がん検診問診票

※受診される方は太枠の中をボールペンで記入してください。
子宮頸がん検診は2年に1回です。

- 妊娠・分娩回数を記入してください。
(1) 妊娠回数 () 回
(2) 分娩回数 () 回
- 月経について記入してください。
(1) 閉経 ① () 歳頃
② 否
(ア) 最近の月経 () 月 () 日 ~ () 日間
(イ) 周期 () 日、規則性 (整、不整)、持続 () 日
- 今までに子宮頸部又は体部の病気をしたことがありますか。
(1) なし
(2) あり (病名) いつ頃)
- 今までにホルモン剤の使用がありますか。
(1) なし
(2) あり (種類) 期間 _____ 年間位)
- 最近6か月以内に不正性器出血がありましたか。
(1) なし
(2) あり (ア 少量 イ 多量 ウ 接触後鮮血 エ うすい血)
- 最近、気になる症状がありましたか。
(1) なし
(2) あり ()

※この検診は、広島市が実施している事業です。受診結果等を医療機関に照会させていただく場合がありますので、御了承ください。

子宮頸がん検診受診券又は
子宮頸がん検診無料クーポン券貼付箇所

① 一般

② 無料クーポン

- ③ 後期高齢者医療被保険者であることの証明書
- ④ 70歳以上の方であることの証明書
- ⑤ 被保護者証明書 (夜間・休日等受診用)
- ⑥ 市民税非課税世帯であることの証明書

請求用

子宮頸がん検診結果票 (B)

※受診者本人が次の住所・氏名等欄にボールペンで記入してください。
※医療機関の方は _____ の所は必ず記入してください。

氏名	カナ ⑦	生年月日	大・昭・平	歳
	漢字	年 月 日		
住所	〒 広島市 区 町 丁目 番 号 TEL			
	番 地 番 地 -			
⑪ 子宮頸がん検診を過去3年以内に受けたことがありますか。 1. ない 2. ある				
受診券番号				←受診券を忘れた場合のみ記入

⑫ 頸部細胞診	ベセスダ分類	1 陰性(NILM) 2 ASC-US 3 ASC-H 4 LSIL 5 HSIL 6 SCC 7 AGC 8 AIS 9 Adenocarcinoma 10 Other malign
	⑬ 体部細胞診	1 陰性 2 疑陽性 3 陽性
⑭ その他の婦人科疾患	1 なし 2 あり () ありの場合 1 経過観察 2 要治療	
	⑮ 精 査	1 子宮がん疑いで要(頸部・体部) 2 否 3 子宮がん以外の疑いで要
⑯ 健康手帳	1 交付 2 再交付 3 交付済み	
⑰ 令和 年 月 日 上記のとおり実施しました。	⑱ 医療機関コード(7ケタ)を記入	

医療機関所在地

名称

氏名(管理者)

※「子宮がん疑いで要精査」となった人については、「精密検査結果連絡票」により精密検査の結果を広島市に御提出ください。
※受診者への結果の通知(連絡) [1 通知済み(R 年 月 日) 2 次回受診時に通知]

D

請 求 用

住所 広島市 区	① 一般	③ 免除	④ 後期高齢者医療被保険者であることの証明書
町 丁目 番 号	②	④ 除	⑤ 70歳以上の方であることの証明書
氏 名	カナ	⑤ 書	⑥ 被保護者証明書(夜間・休日等受診用)
漢字	TEL	⑥ 類	⑦ 市民税非課税世帯であることの証明書
生 年 月 日	大・昭 年 月 日	※受診者本人が、次の住所氏名等欄にボールペンで記入してください。 ※医療機関の方は ⑦ の所は必ず記入してください。	
TEL	-		
乳がん検診を過去3年以内に受けたことがありますか。 1. ない 2. ある			
受診券番号	← 受診券を忘れた場合のみ記入		

乳がん検診問診票・結果票 (B)

※乳がん検診は2年に1回です。
※次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲み、お答えください。

1. 既往歴及び家族歴	
(1) 乳がん検診を受けたことがありますか。	1. 初めて 2. 受けたことがある (前回 年 月 頃)
(2) 乳房の病気をしたことがありますか。	1. ない 2. ある (歳の時: 病名)
	手術をしましたか 1. した 2. していない
(3) 家族(血族)に「乳がん」の人がいましたか。	1. いない 2. いる (続柄)
2. 月経、妊娠及び授乳に関すること	
(1) 閉経について	1. 閉経前 2. 閉経後 (歳の時に閉経)
(2) 閉経前の方に似ています。最近の月経はいつですか。	(月 日から 日間)
(3) 現在、妊娠している、または妊娠の可能性がありますか。	1. いいえ 2. はい (妊娠週数 週)
(4) 現在、授乳中ですか。	1. いいえ 2. はい
3. 現在の症状	
(1) 乳房の自己検診をしていますか。	1. していない 2. している (年くらい前から)
(2) 乳房に痛みがありますか。	1. ない 2. ある (右・左)
(3) 乳房にしこりがありますか。	1. ない 2. ある (右・左)
(4) 乳頭の変形がありますか。	1. ない 2. ある (右・左)
(5) 乳頭から出血や乳汁や浸出液がありますか。	1. ない 2. ある (右・左)
	(出血・乳汁・その他)
4. その他確認事項	
(1) 何らかの医療機器(ペースメーカー等)を挿入していますか。	1. いない 2. いる
(2) 豊胸手術を受けていますか。	1. いない 2. いる

乳がん検診問診票は、乳がん検診受診券又は乳がん検診無料クーポン券を貼付する。

【マンモグラフィ記録票】

撮影年月日	令和 年 月 日		
撮影方法	1 MLO(内外斜位方向撮影) 2 CC(頭尾方向撮影)【受診日時点で50歳未満のみ実施】		
マンモグラフィ実施医療機関名			
マンモグラフィ実施医療機関所在地			
フィルムの評価	1 読影可能 2 読影不可能 (1 体動 2 撮影条件不良 3 ポジショニング不良 4 その他())		
第1読影 (読影日: 令和 年 月 日)	第2読影 (読影日: 令和 年 月 日)		
乳腺の評価 1 脂肪性 2 乳腺散在 3 不均一高濃度 4 高濃度	乳腺の評価 1 脂肪性 2 乳腺散在 3 不均一高濃度 4 高濃度		
右MLO ⑬ 左MLO 右CC 左CC	右MLO ⑭ 左MLO 右CC 左CC		
所見と判定			
右	左	右	左
腫瘍 ()	腫瘍 ()	腫瘍 ()	腫瘍 ()
石灰化 ()	石灰化 ()	石灰化 ()	石灰化 ()
その他 ()	その他 ()	その他 ()	その他 ()
⑬ カテゴリー	カテゴリー	⑭ カテゴリー	カテゴリー
1 異常なし	1 異常なし	1 異常なし	1 異常なし
2 良性	2 良性	2 良性	2 良性
3 良性、しかし悪性を否定できない	3 良性、しかし悪性を否定できない	3 良性、しかし悪性を否定できない	3 良性、しかし悪性を否定できない
4 悪性の疑い	4 悪性の疑い	4 悪性の疑い	4 悪性の疑い
5 悪性	5 悪性	5 悪性	5 悪性
比較読影 1 あり(経時変化: 1 増悪 2 不変 3 軽快) 2 なし		比較読影 1 あり(経時変化: 1 増悪 2 不変 3 軽快) 2 なし	
医師名: ()		医師名: ()	
総合判定	1 精検不要 2 乳がん疑いで要精検 3 乳がん以外の疑いで要精検		
総合判定日	令和 年 月 日	判定医師名	
総合判定実施医療機関名			
総合判定実施医療機関所在地			
精密検査実施医療機関	1 自院で実施 2 他院を紹介 医療機関名()		
健康手帳	1 交付 2 再交付 3 交付済み	医療機関コード(7ケタ)を記入	

※「乳がん疑いで要精検」となった人について「精密検査結果連絡票」により精密検査の結果を広島市に御提出ください。
※受診者への結果の通知(連絡) [1. 通知済み(R 年 月 日) 2. 次回受診時に通知] R7.4改

G-1

請求用②(健康推進課)
医療保険未加入者健診用

※受診する健診について
太枠の中を記入してください。

元気じゃ健診[※](健康診査)、大腸がん検診問診票 [※]元気じゃ健診は、健康診査の愛称です。

この健診等は、広島市が高齢者の医療の確保に関する法律、健康増進法に基づき、生活習慣病の予防に結びつけること等を目的として行うものです。

健診結果等の個人情報には必要に応じ、特定保健指導等を実施するため、保健センターや特定保健指導実施機関に提供します。

① 元気じゃ健診(健康診査)を受診される方は記入してください。 [全員 無料]

- [1] これまでに次の病気にかかったことがあれば、○をしてください。
 (1) 高血圧症 (2) 脳卒中 (3) 心臓病 (4) 糖尿病(疑いを含む)
 (5) 肝臓病 (6) 腎不全
 (7) その他 ()

[2] 現在、(1)～(3)までで内服中のものがありますか。

- ① (1) 血圧を下げる薬 はい いいえ
 ② (2) インスリン注射又は血糖を下げる薬 はい いいえ
 ③ (3) コレステロールを下げる薬 はい いいえ

[3] お酒を飲みますか。

- ④ (1) 毎日飲む (2) 時々飲む (3) ほとんど飲まない(飲めない)

[4] 現在、たばこ(加熱式たばこを含む)を習慣的に吸っていますか。

- ⑤ (1) もともと吸わない (2) やめた
 (3) 吸う(最近1か月間吸っている方)→1日に()本、()年

【集団検診用】

請求用②(健康推進課)
医療保険未加入者健診用

住所 〒 広島市 区 町 丁目 番 号

氏名 カナ 氏名 漢字 様 TEL ()

生年月日 大・昭 年 月 日 歳 男・女

健康診査 全員無料

免除事項
 後期高齢者医療被保険者であることの証明(広島県)
 70歳以上の方であることの証明書
 被保険者証明書(夜間・休日等受診用)
 市以税非課税世帯であることの証明書
 ※受診者本人が、次の住所氏名欄にボールペンで記入してください。
 医療機関の方は検査を実施した 所は必ず記入してください。

元気じゃ健診[※](健康診査)、大腸がん検診結果票(C) [※]肺がん検診同時受診 [※]元気じゃ健診は、健康診査の愛称です。

国 後 他

整理番号

被保険者証番号(左つめ)

①は11ケタ
②は9ケタ
③は7ケタ
④は8ケタ

身長 (17) cm ・ 体重 (78) kg ・ BMI (25.9) ・ 収縮期血圧 (120) mmHg ① ・ 拡張期血圧 (74) mmHg ②
 BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)で計算してください。

□【健康診査】

基本的な健診項目 ※①～④の結果を確認し、詳細な健診項目を実施してください。

<p>・ 腹 囲 (22) cm</p> <p>・ 脂 質</p> <table border="1"> <tr> <td>中性脂肪</td> <td>① 食後 10時間以上</td> <td>② 空腹時中性脂肪 食後()時間</td> <td>③ mg/dl</td> </tr> <tr> <td></td> <td>④ 食後 10時間未満</td> <td>⑤ 随時中性脂肪 食後()時間</td> <td>⑥ mg/dl</td> </tr> </table> <p>HDLコレステロール (24) mg/dl</p> <p>LDLコレステロール (25) mg/dl</p> <p>Non-HDLコレステロール (26) mg/dl</p> <p>・ 肝機能</p> <p>AST(GOT) (27) U/l</p> <p>ALT(GPT) (28) U/l</p> <p>γ-GT(γ-GTP) (29) U/l</p> <p>・ 糖代謝</p> <p>ヘモグロビンA1c (30) % (NGSP値) ③</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="4">⑦</td> <td>⑧ 食後 10時間以上</td> <td>⑨ 空腹時血糖 食後()時間</td> <td>⑩ mg/dl</td> </tr> <tr> <td>⑪ 食後 10時間未満</td> <td>⑫ 随時血糖 食後()時間</td> <td>⑬ mg/dl</td> </tr> <tr> <td colspan="3">⑭ 尿糖 (35)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">⑮ 血糖 (36) mg/dl</td> </tr> </table> <p>・ 尿酸 血清尿酸 (36) mg/dl</p>	中性脂肪	① 食後 10時間以上	② 空腹時中性脂肪 食後()時間	③ mg/dl		④ 食後 10時間未満	⑤ 随時中性脂肪 食後()時間	⑥ mg/dl	⑦	⑧ 食後 10時間以上	⑨ 空腹時血糖 食後()時間	⑩ mg/dl	⑪ 食後 10時間未満	⑫ 随時血糖 食後()時間	⑬ mg/dl	⑭ 尿糖 (35)			⑮ 血糖 (36) mg/dl			<p>・ 腎機能(必ずどちらかにチェックしてください)</p> <p>⑰ 詳細検査【①130以上 or ②85以上 or ③5.6以上 or ④100以上】 理由 □腎機能の低下の恐れ □その他 ()</p> <p>□基本項目</p> <p>尿蛋白 (38)</p> <p>血清クレアチニン (39) mg/dl</p> <p>eGFR (40) ml/分/1.73m²</p> <p>・ 貧 血(必ずどちらかにチェックしてください)</p> <p>⑱ 詳細検査【貧血の既往歴 or 貧血の疑い】 理由 □生活改善を要する可能性 □症状の重症化の恐れ □その他 ()</p> <p>□基本項目</p> <p>赤血球数 (42) ×10⁶/ml</p> <p>ヘモグロビン (43) g/dl</p> <p>ヘマトクリット (44) %</p>
中性脂肪	① 食後 10時間以上	② 空腹時中性脂肪 食後()時間	③ mg/dl																			
	④ 食後 10時間未満	⑤ 随時中性脂肪 食後()時間	⑥ mg/dl																			
⑦	⑧ 食後 10時間以上	⑨ 空腹時血糖 食後()時間	⑩ mg/dl																			
	⑪ 食後 10時間未満	⑫ 随時血糖 食後()時間	⑬ mg/dl																			
	⑭ 尿糖 (35)																					
	⑮ 血糖 (36) mg/dl																					

詳細な健診項目

□心電図【不整脈の疑い or ①140以上 or ②90以上】

⑲ 理由 □心疾患の発症の恐れ □その他 ()
 所見 無・有 ()

□眼底検査【①140以上 or ②90以上 or ③6.5以上 or ④126以上】[※]

⑳ 理由 □網膜症等の発症の恐れ □その他 ()
 所見 無・有 ()

※今年度、血圧は非該当、かつ血糖等の結果が確認できない場合、昨年度の健診結果で血糖等が該当する場合があります。

メタボリックシンドローム判定

⑲ 基準該当 () 予備群該当 () 非該当 () 判定不能 ()

〈総合判定〉 ⑲

A 所見なし ()
 ⑳ 高血圧症 ㉑ 脂質異常症 ㉒ 糖尿病
 ㉓ 貧血(疑いを含む)

B 要指導 ()
 ㉔ 肝疾患(疑いを含む)⇒うちアルコール性(疑いを含む)
 ㉕ 腎機能障害(疑いを含む)

C 要治療 ()
 ㉖ 高尿酸血症(疑いを含む)
 (又は治療中の疾患あり) ㉗ その他 ()

健康手帳 (47) 令和 年 月 日 上記のとおり実施しました。

⑲ 1 交付 医療機関所在地

2 再交付 名称

3 交付済み 氏名(管理者)

医療機関コード

(48) 341

受診者への結果通知

1 通知済み(R 年 月 日)

2 次回受診時に通知



骨粗しょう症検診問診票

請求用

※受診される方は太枠の中をボールペンで記入してください。

身長	cm	体重	kg
腰痛・背痛	1 なし 2 あり	妊娠の有無	1 あり 2 なし
骨折の有無	1 なし	出産経験	1 あり 回 2 なし
	2 あり(腰椎・大腿骨・その他)	授乳経験	1 あり 回 2 なし
治療中の疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 副甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> パセドウ病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> その他 ()	乳製品	1 毎日とっている 2 週1~2回 3 週3~4回 4 とらない
		飲酒	1 毎日飲む ビール 本 日本酒 合 洋酒 杯 2 週2~3回 3 機会があれば飲む程度 4 飲まない
服用中の薬・注射	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> カルシウム (mg/日) <input type="checkbox"/> 女性ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症治療剤 <input type="checkbox"/> 血圧降下剤 <input type="checkbox"/> 利尿剤 <input type="checkbox"/> 血糖降下剤 <input type="checkbox"/> ビタミン剤 (B・D・C・E) <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> ステロイド剤 <input type="checkbox"/> 漢方薬 <input type="checkbox"/> その他 ()	喫煙	1 毎日 (本/日 年間) 2 やめた年前に 3 全く吸わない
		仕事	1 なし 2 軽労働 (事務・店員・デスクワーク等) 3 やや重い労働 (工具・配達・建築関係等) 4 重労働 (土木工事・農作業等)
手術歴	<input type="checkbox"/> なし 手術年西暦 <input type="checkbox"/> 胃切除術 (年) <input type="checkbox"/> 腸切除術 (年) <input type="checkbox"/> 卵巣摘出術 (年) <input type="checkbox"/> 子宮摘出術 (年) <input type="checkbox"/> その他 () (年)	運動	1 しない 2 軽い運動 _____日/週 (歩行・庭いじり・ゲートボール等) 3 やや強い運動 _____日/週 (テニス・ジョギング・バレーボール・水泳等) 4 強い運動 _____日/週 (サッカー・バスケット等)
		生理	1 順調 2 不順 理由 _____ 3 閉経 (歳)・初潮 (歳)
親・兄弟で背中や腰の曲がった人の有無		1 いない 2 いる	

※この検診は、広島市が実施している事業です。受診結果等を医療機関に照会させていただきます場合がありますので、ご了承ください。

一般
 ② 後期高齢者医療被保険者であることの証明書
 ③ 70歳以上の方であることの証明書
 ④ 被保護者証明書(夜間・休日等受診用)
 ⑤ 市民税非課税世帯であることの証明書

請求用

骨粗しょう症検診結果票 (B)

※受診者本人が、次の住所・氏名欄にボールペンで記入してください。
※医療機関の方は 〇〇 の所は必ず記入してください。

氏名	カナ ⑥	生年月日	大・昭・平 ⑦	男・女 ⑧								
住所	〒 - 番 号 TEL - 広島市 区 町 丁目 番地 -											
骨密度	骨塩量 (⑨) YAM(若年成人平均値) (⑩ %)	測定機器										
⑪ 測定部位	1 腰椎 2 第2中手骨 3 橈骨 4 踵骨 5 その他 ()											
⑫ 測定方法	1 MD法・改良型MD法 (CXD, DIP) 2 SXA法 3 pQCT法 4 DXA法 (腰椎) 5 DXA法 (腰椎以外) 6 超音波法											
総合判定 ⑬	<table border="1"> <tr> <td>A 異常なし</td> <td>今回の検査では、異常がありませんでした。 ・今後も健康づくりに励んでください。</td> </tr> <tr> <td>B 要指導</td> <td>日常生活や食生活において下記のことを気付けてください。 ・一日に必要なカルシウム量を満たし、バランスのとれた食生活を心がけましょう。 ・体全体を使うような運動を生活の中に取り入れ、継続的にいきましょう。</td> </tr> <tr> <td>C 要精検</td> <td>医療機関において精密検査を受ける必要があります。 ・精密検査の受診状況を照会させていただく場合があります。</td> </tr> <tr> <td>D 要医療</td> <td>医療機関において治療を受ける必要があります。</td> </tr> </table>				A 異常なし	今回の検査では、異常がありませんでした。 ・今後も健康づくりに励んでください。	B 要指導	日常生活や食生活において下記のことを気付けてください。 ・一日に必要なカルシウム量を満たし、バランスのとれた食生活を心がけましょう。 ・体全体を使うような運動を生活の中に取り入れ、継続的にいきましょう。	C 要精検	医療機関において精密検査を受ける必要があります。 ・精密検査の受診状況を照会させていただく場合があります。	D 要医療	医療機関において治療を受ける必要があります。
A 異常なし	今回の検査では、異常がありませんでした。 ・今後も健康づくりに励んでください。											
B 要指導	日常生活や食生活において下記のことを気付けてください。 ・一日に必要なカルシウム量を満たし、バランスのとれた食生活を心がけましょう。 ・体全体を使うような運動を生活の中に取り入れ、継続的にいきましょう。											
C 要精検	医療機関において精密検査を受ける必要があります。 ・精密検査の受診状況を照会させていただく場合があります。											
D 要医療	医療機関において治療を受ける必要があります。											
令和 年 月 日	上記のとおり実施しました。											
⑭ 医療機関所在地	⑮ 医療機関コード(7ケタ)を記入											
氏名 (担当医師)	名称											

受診者への結果の通知(連絡) [1.通知済み(R 年 月 日) 2.次回受診時に通知]

R7.4改