

# 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	年 月 日	年 月 日	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 <sup>3</sup>	万/mm <sup>3</sup>	万/mm <sup>3</sup>	万/mm <sup>3</sup>	万/mm <sup>3</sup>
	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	年 月 日	年 月 日	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					

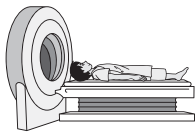
## 特定保健指導の記録

受診年月日	年 月 日	年 月 日	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	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

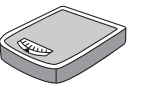












# 腹囲・体重・BMI の記録

年月日	記録欄
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

130																
120																
110																
100																
90																
80																
70																
60																
50																
40																
30																
腹囲																
体重																
BMI																
測定日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

●腹囲 ○体重 BMI = 体重 ÷ 身長 ÷ 身長





# 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	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

古紙を配合しています。