

		健診日	西暦 年 月 日											
健 診 の 種 類														
1. 一般健診				2. 松江市国保特定健診					3. 後期高齢者健診					
保険証種別				松江市国保特定健診受診券番号					後期高齢者医療被保険者証番号					
☐ 松江市国保 ☐ 国保以外の健康保険 ☐ 生活保護				251000										
健 診 料 金（自己負担金）														
1. 有 500円 2. 無（市民税非課税世帯・生活保護・福祉医療）				0円					100円（無料規程なし）					
問 診 項 目														
20～74歳の方⇒下の問診にお答えください 75歳以上の方⇒後期高齢者健診に同じ				松江市国保特定健診受診券裏面の 質問票(22項目)にお答えください					医療機関で松江市後期高齢者健診 質問票(15項目)にお答えください					

フリガナ		生 年 月 日	大正 昭和 平成				性別	1. 男
氏名			年 月 日（ 歳）					2. 女
住所	〒 ー 松江市		電話 番号					
【既往歴】		過去に、かかったことのある病気が右記の□内に ありますか。						
1. ない		01.高血圧 02.低血圧 03.不整脈 04.高脂血症 05.高尿酸血症 06.腎不全 07.腎不全以外の腎疾患 08.糖尿病 09.肝臓病 10.胃・十二指腸潰瘍 11.うつ 12.骨粗しょう症 13.脳血管性疾患 14.心疾患 15.動脈疾患 16.貧血 17.アルコール性肝炎 18.胃腸疾患 19.呼吸器疾患 20.骨関節疾患 21.がん 22.うつ以外の精神疾患 23.甲状腺疾患 99.その他（ ）						
【自覚症状】		現在、何か気になる症状が右記の□内にありますか。						
1. ない		01.胸部圧迫感 02.心悸亢進・動悸 03.息切れ 04.不眠 05.肩こり・腰痛 06.手足のしびれ感 07.めまい・立ちくらみ 08.頭痛・耳鳴り 09.いつも調子が悪い 10.腹が張っている 11.下痢 12.便秘 13.下痢と便秘 14.痔の傾向 99.その他（ ）						
【質問項目】 ※一般健診(20～74歳)の方のみお答えください								
問1 (a). 血圧を下げる薬		1. はい		2. いいえ				
問1～3: 現在、(a).から(c).の薬を 使用していますか。		問2 (b). 血糖を下げる薬(注射または内服)		1. はい		2. いいえ		
問3 (c). コレステロールを下げる薬		1. はい		2. いいえ				
問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 ありますか。		1. はい		2. いいえ				
問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 ことがありますか。		1. はい		2. いいえ				
問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 がありますか。		1. はい		2. いいえ				
問7: 医師から、貧血といわれたことがありますか。		1. はい		2. いいえ				
問8: 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 *「習慣的」とは 条件 1 と条件 2 を両方満たす人である。 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		1. はい(条件1と条件2両方満たす) 2. 以前は吸っていたが、最近 1か月は吸っていない (条件2のみ満たす) 3. いいえ(①②以外)						

【健康診査を受けられる方へ】
以下の趣旨をご理解いただきました上で、健康診査をお受けください。
①本健診は高齢者の医療の確保に関する法律または健康増進法に基づき、松江市が医療機関に委託して実施する健診ですので、健診結果は松江市へ報告されます。なお、記録票にご記入いただいた個人情報及び健診結果は、個人情報保護に関する法律に基づいて適正に扱い、公衆衛生の向上のために利用し、それ以外には使用しません。
②健診結果により、家庭訪問などをさせていただくことがあります。

項 目		測 定 値	保健指導 判定値	受診勧奨 判定値	指導区分					
					異常なし	要指導	要医療 要精検 治療中			
他 覚 症 状		1. 眼瞼結膜蒼白(＋) 2. 浮腫・眼瞼(＋) 3. 肝臓肥大(＋) 4. 浮腫・下腿(＋) 5. 心音不純 6. 不整脈あり 7. その他()								
身 体 計 測	身 長	cm	*	*						
	体 重	kg	*	*						
	腹 囲 (20～74歳のみ)	cm	*	*						
	B M I		*	*						
血 圧	収縮期血圧	mmHg	130～139	140～	A	B	D			
	拡張期血圧	mmHg	85～89	90～						
	採用値 1. 1回目 2. 2回目 3. その他(平均値)									
検 血 中 脂 査 質	空腹時中性脂肪 (食後10時間以上)	mg/dL	150～299	300～	A	B	D			
	随時中性脂肪 (食後 時間)	mg/dL	175～299							
	HDLコレステロール	mg/dL	35～39	－				A	B	D
	LDLコレステロール	mg/dL	120～139	140～				A	B	D
	※ non-HDLコレステロール	mg/dL	150～169	170～				A	B	D
検 肝 機 査 能	AST(GOT)	U/L	31～50	51～	A	B	D			
	ALT(GPT)	U/L	31～50	51～						
	γ-GT(γ-GTP)	U/L	51～100	101～						
検 血 査 糖	空腹時血糖 (食後10時間以上)	mg/dL	100～125	126～	A	B	D			
	随時血糖 (食後 時間)	mg/dL								
	ヘモグロビンA1c	%	5.6～6.4					6.5～		
腎	血清クレアチニン	mg/dL	*	*	A	B	D			
	e-GFR	ml/min/1.73m ²	45～60未満	45未満	A	B	D			
痛風等	尿 酸	mg/dL	7.0～7.9	8.0～	A	B	D			
尿 検 査	糖	－ ・ ± ・ ＋ ・ ++ ・ +++	*	*	A	B	D			
	蛋 白	－ ・ ± ・ ＋ ・ ++ ・ +++	*	*	A	B	D			

※:LDLコレステロールについては、空腹時中性脂肪または随時中性脂肪が400mg/dL 以上または食後採血の場合、non-HDLコレステロールの測定に代えられる。

貧 血 検 査	赤血球数		万/mm ³		男性: 410万未満 女性: 380万未満		A	B	D
	血色素量		g/dL		男性: 12.1～13.0 女性: ～12.0、18.0～ 女性: 11.1～12.0 女性: ～11.0、16.0～		A	B	D
	ヘマトクリット値		%		男性: 33.0～38.9 女性: ～32.9、54.0～ 女性: 31.0～35.9 女性: ～30.9、48.0～		A	B	D
心 電 図 検 査	所 見	1. 異常所見あり	判 定 区 分	1. 異常なし 2. 要観察 3. 要医療(精密検査・継続治療)	眼 底 検 査	Scheie分類 H		O I II III IV	透見困難
		2. 異常所見なし				Scheie分類 S		O I II III IV	透見困難
	具 体 的 な 所 見	01.異常Q波 13.左室肥大の疑い 14.ST-T異常 28.完全房室ブロック 29.房室ブロックⅡ度(M) 30.房室ブロックⅡ度(2:1) 31.房室ブロックⅡ度(W) 33.房室ブロックⅠ度 38.完全左脚ブロック 39.完全右脚ブロック 40.不完全右脚ブロック 43.上室性期外収縮 44.心室性期外収縮 55.心房細動 99.その他	糖尿病 網膜症	Davis 分類		0. 異常なし 1. 単純 2. 前増殖 3. 増殖 4. 透見困難			
		判 定		1. 正常範囲 2. 要精査・医療(継続中 ・ 新規 ・ 中断) 3. 透見困難					
		そ の 他							

医 師 の 判 断	実 施 細 な た 健 理 診 由 を	貧血検査	1. 質問票により実施 2. 診察により実施	判 シ メ ン タ ド ボ ロ リ ッ 定 ム ク	※20～74歳のみ 1. 該当 2. 予備群に該当 3. 非該当 4. 判定不能
		心電図検査	1. 質問票により実施 2. 診察により実施(血圧該当)		
		血清クレアチニン検査	1. 診察により実施(血圧該当 ・ 血糖該当)		
		眼底検査	1. 診察により実施(血圧該当 ・ 血糖該当 ・ 前年度血糖該当)		
	判 定	1. 異常なし	異常ありませんでした。来年も健診を受けましょう。		医 療 機 関 名
2. 要指導		病気を予防するために生活の見直しが必要です。 専門家に相談しましょう。			
3. 要医療		(要精密検査を含む) 詳しい検査が必要です。 医療機関を受診しましょう。		医 師 名	
4. 治療中		今後も継続して受診しましょう。		医 療 機 関 番 号	

【医療機関用】

松江市健康診査記録票（成人・高齢者）

A-2

		健診日		西暦		年		月		日	
健診の種類											
1. 一般健診				2. 松江市国保特定健診				3. 後期高齢者健診			
保険証種別				松江市国保特定健診受診券番号				後期高齢者医療被保険者証番号			
☐ 松江市国保 ☐ 国保以外の健康保険 ☐ 生活保護				251000							
健診料金（自己負担金）											
1. 有 500円 2. 無（市民税非課税世帯・生活保護・福祉医療）				0円				100円（無料規程なし）			
問診項目											
20～74歳の方⇒下の問診にお答えください 75歳以上の方⇒後期高齢者健診に同じ				松江市国保特定健診受診券裏面の 質問票(22項目)にお答えください				医療機関で松江市後期高齢者健診 質問票(15項目)にお答えください			

フリガナ

氏名

住所

生年月日

大正 昭和 平成

年 月 日 (歳)

性別

1. 男
2. 女

〒 ー

松江市

電話番号

【既往歴】

過去に、かかったことのある病気が右記の口内にありますか。

1. ない
2. ある →該当する病気に○をつけてください。
(複数可)

01.高血圧 02.低血圧 03.不整脈 04.高脂血症
05.高尿酸血症 06.腎不全 07.腎不全以外の腎疾患
08.糖尿病 09.肝臓病 10.胃・十二指腸潰瘍 11.うつ
12.骨粗しょう症 13.脳血管性疾患 14.心疾患 15.動脈疾患
16.貧血 17.アルコール性肝炎 18.胃腸疾患
19.呼吸器疾患 20.骨関節疾患 21.がん
22.うつ以外の精神疾患 23.甲状腺疾患
99.その他()

【自覚症状】

現在、何か気になる症状が右記の口内にありますか。

1. ない
2. ある →該当する症状に○をつけてください。
(複数可)

01.胸部圧迫感 02.心悸亢進・動悸 03.息切れ 04.不眠
05.肩こり・腰痛 06.手足のしびれ感 07.めまい・立ちくらみ
08.頭痛・耳鳴り 09.いつも調子が悪い 10.腹が張っている
11.下痢 12.便秘 13.下痢と便秘 14.痔の傾向
99.その他()

【質問項目】 ※一般健診(20～74歳)の方のみお答えください

問1 (a). 血圧を下げる薬

1. はい 2. いいえ

問1～3: 現在、(a).から(c).の薬を使用していますか。

問2 (b). 血糖を下げる薬(注射または内服)

1. はい 2. いいえ

問3 (c). コレステロールを下げる薬

1. はい 2. いいえ

問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りますか。

1. はい 2. いいえ

問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りますか。

1. はい 2. いいえ

問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)を受けたことがありますか。

1. はい 2. いいえ

問7: 医師から、貧血といわれたことがありますか。

1. はい 2. いいえ

問8: 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。

1. はい(条件1と条件2両方満たす)
2. 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない(条件2のみ満たす)
3. いいえ(①②以外)

*「習慣的」とは 条件1 と条件2 を両方満たす人である。
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

【健康診査を受けられる方へ】

以下の趣旨をご理解いただきました上で、健康診査をお受けください。

①本健診は高齢者の医療の確保に関する法律または健康増進法に基づき、松江市が医療機関に委託して実施する健診ですので、健診結果は松江市へ報告されます。なお、記録票にご記入いただいた個人情報及び健診結果は、個人情報保護に関する法律に基づいて適正に扱い、公衆衛生の向上のために利用し、それ以外には使用しません。

②健診結果により、家庭訪問などをさせていただくことがあります。

← 太枠の中をご記入ください。

項 目		測 定 値	保健指導 判定値	受診勧奨 判定値	指導区分					
					異常なし	要指導	要医療 要精検 治療中			
他 覚 症 状		1. 眼瞼結膜蒼白(+) 2. 浮腫・眼瞼(+) 3. 肝臓肥大(+) 4. 浮腫・下腿(+) 5. 心音不純 6. 不整脈あり 7. その他()								
身 体 計 測	身 長	cm	*	*						
	体 重	kg	*	*						
	腹 囲(20～74歳のみ)	cm	*	*						
	B M I		*	*						
血 圧	収縮期血圧	mmHg	130～139	140～	A	B	D			
	拡張期血圧	mmHg	85～89	90～						
	採用値 1. 1回目 2. 2回目 3. その他(平均値)									
検 血 中 脂 査 質	空腹時中性脂肪 (食後10時間以上)	mg/dL	150～299	300～	A	B	D			
	随時中性脂肪 (食後 時間)	mg/dL	175～299							
	HDLコレステロール	mg/dL	35～39	－				A	B	D
	LDLコレステロール	mg/dL	120～139	140～				A	B	D
	※ non-HDLコレステロール	mg/dL	150～169	170～				A	B	D
検 肝 機 査 能	AST(GOT)	U/L	31～50	51～	A	B	D			
	ALT(GPT)	U/L	31～50	51～						
	γ-GT(γ-GTP)	U/L	51～100	101～						
検 血 査 糖	空腹時血糖 (食後10時間以上)	mg/dL	100～125	126～	A	B	D			
	随時血糖 (食後 時間)	mg/dL								
	ヘモグロビンA1c	%						5.6～6.4	6.5～	
腎	血清クレアチニン	mg/dL	*	*	A	B	D			
	e-GFR	ml/min/1.73m ²	45～60未満	45未満	A	B	D			
痛風等	尿 酸	mg/dL	7.0～7.9	8.0～	A	B	D			
尿 検 査	糖	－ ・ ± ・ ＋ ・ ＋＋ ・ ＋＋＋	*	*	A	B	D			
	蛋 白	－ ・ ± ・ ＋ ・ ＋＋ ・ ＋＋＋	*	*	A	B	D			

※:LDLコレステロールについては、空腹時中性脂肪または随時中性脂肪が400mg/dL 以上または食後採血の場合、non-HDLコレステロールの測定に代えられる。

貧 血 検 査	赤血球数		万/mm ³		男性: 410万未満 女性: 380万未満		A	B	D			
	血色素量		g/dL		男性: 12.1～13.0 女性: ～12.0、18.0～ 女性: 11.1～12.0 女性: ～11.0、16.0～		A	B	D			
	ヘマトクリット値		%		男性: 33.0～38.9 女性: 31.0～35.9 男性: ～32.9、54.0～ 女性: ～30.9、48.0～		A	B	D			
心 電 図 検 査	所 見	1. 異常所見あり	判 定 区 分	1. 異常なし 2. 要観察 3. 要医療(精密検査・継続治療)	眼 底 検 査	Scheie分類 H	O	I	II	III	IV	透見困難
		2. 異常所見なし				Scheie分類 S	O	I	II	III	IV	透見困難
	具 体 的 な 所 見	01.異常Q波 13.左室肥大の疑い 14.ST-T異常 28.完全房室ブロック 29.房室ブロックⅡ度(M) 30.房室ブロックⅡ度(2:1) 31.房室ブロックⅡ度(W) 33.房室ブロックⅠ度 38.完全左脚ブロック 39.完全右脚ブロック 40.不完全右脚ブロック 43.上室性期外収縮 44.心室性期外収縮 55.心房細動 99.その他	糖尿病 網膜症	Davis 分類		0. 異常なし 1. 単純 2. 前増殖 3. 増殖 4. 透見困難						
		判 定	1. 正常範囲 2. 要精査・医療(継続中・新規・中断) 3. 透見困難									
		そ の 他										

医 師 の 判 断	実 施 細 な た 健 理 診 由 を	貧血検査	1. 質問票により実施 2. 診察により実施	判 シ メ ン タ ド ボ ロ リ ッ 定 ム ク	※20～74歳のみ 1. 該当 2. 予備群に該当 3. 非該当 4. 判定不能
		心電図検査	1. 質問票により実施 2. 診察により実施(血圧該当)		
		血清クレアチニン検査	1. 診察により実施(血圧該当・血糖該当)		
		眼底検査	1. 診察により実施(血圧該当・血糖該当・前年度血糖該当)		
	判 定	1. 異常なし	異常ありませんでした。来年も健診を受けましょう。		医 療 機 関 名
2. 要指導		病気を予防するために生活の見直しが必要です。 専門家に相談しましょう。			
3. 要医療		(要精密検査を含む) 詳しい検査が必要です。 医療機関を受診しましょう。		医 師 名	
4. 治療中		今後も継続して受診しましょう。		医療機関番号	

		健診日	西暦 年 月 日											
健 診 の 種 類														
1. 一般健診				2. 松江市国保特定健診					3. 後期高齢者健診					
保険証種別				松江市国保特定健診受診券番号					後期高齢者医療被保険者証番号					
☐ 松江市国保 ☐ 国保以外の健康保険 ☐ 生活保護				251000										
健 診 料 金（自己負担金）														
1. 有 500円 2. 無（市民税非課税世帯・生活保護・福祉医療）				0円					100円（無料規程なし）					
問 診 項 目														
20～74歳の方⇒下の問診にお答えください 75歳以上の方⇒後期高齢者健診に同じ				松江市国保特定健診受診券裏面の 質問票(22項目)にお答えください					医療機関で松江市後期高齢者健診 質問票(15項目)にお答えください					

フリガナ		生 年 月 日	大正 昭和 平成				性別	1. 男
氏名			年 月 日（ 歳）					2. 女
住所	〒 一 松江市		電話 番号					
【既往歴】								
過去に、かかったことのある病気が右記の口内に ありますか。		01.高血圧 02.低血圧 03.不整脈 04.高脂血症 05.高尿酸血症 06.腎不全 07.腎不全以外の腎疾患 08.糖尿病 09.肝臓病 10.胃・十二指腸潰瘍 11.うつ 12.骨粗しょう症 13.脳血管性疾患 14.心疾患 15.動脈疾患 16.貧血 17.アルコール性肝炎 18.胃腸疾患 19.呼吸器疾患 20.骨関節疾患 21.がん 22.うつ以外の精神疾患 23.甲状腺疾患 99.その他（ ）						
【自覚症状】								
現在、何か気になる症状が右記の口内にありますか。		01.胸部圧迫感 02.心悸亢進・動悸 03.息切れ 04.不眠 05.肩こり・腰痛 06.手足のしびれ感 07.めまい・立ちくらみ 08.頭痛・耳鳴り 09.いつも調子が悪い 10.腹が張っている 11.下痢 12.便秘 13.下痢と便秘 14.痔の傾向 99.その他（ ）						
【質問項目】 ※一般健診(20～74歳)の方のみお答えください								
問1 (a). 血圧を下げる薬		1. はい		2. いいえ				
問1～3: 現在、(a).から(c).の薬を 使用していますか。		問2 (b). 血糖を下げる薬(注射または内服)		1. はい		2. いいえ		
問3 (c). コレステロールを下げる薬		1. はい		2. いいえ				
問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 ありますか。		1. はい		2. いいえ				
問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 ことがありますか。		1. はい		2. いいえ				
問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 がありますか。		1. はい		2. いいえ				
問7: 医師から、貧血といわれたことがありますか。		1. はい		2. いいえ				
問8: 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 *「習慣的」とは 条件1 と条件2 を両方満たす人である。 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		1. はい(条件1と条件2両方満たす) 2. 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない (条件2のみ満たす) 3. いいえ(①②以外)						

【健康診査を受けられる方へ】
以下の趣旨をご理解いただきました上で、健康診査をお受けください。
①本健診は高齢者の医療の確保に関する法律または健康増進法に基づき、松江市が医療機関に委託して実施する健診ですので、健診結果は松江市へ報告されます。なお、記録票にご記入いただいた個人情報及び健診結果は、個人情報保護に関する法律に基づいて適正に扱い、公衆衛生の向上のために利用し、それ以外には使用しません。
②健診結果により、家庭訪問などをさせていただくことがあります。

項 目		測 定 値	保健指導 判定値	受診勧奨 判定値	指導区分		
					異常なし	要指導	要医療 要精検 治療中
他 覚 症 状		1. 眼瞼結膜蒼白(＋) 2. 浮腫・眼瞼(＋) 3. 肝臓肥大(＋) 4. 浮腫・下腿(＋) 5. 心音不純 6. 不整脈あり 7. その他()					
身 体 計 測	身 長	cm	*	*			
	体 重	kg	*	*			
	腹 囲(20～74歳のみ)	cm	*	*			
	B M I		*	*			
血 圧	収縮期血圧	mmHg	130～139	140～	A	B	D
	拡張期血圧	mmHg	85～89	90～			
			採用値 1. 1回目 2. 2回目 3. その他(平均値)				
検 血 中 脂 査 質	空腹時中性脂肪 (食後10時間以上)	mg/dL	150～299	300～	A	B	D
	随時中性脂肪 (食後 時間)	mg/dL	175～299				
	HDLコレステロール	mg/dL	35～39	－	A	B	D
	LDLコレステロール	mg/dL	120～139	140～	A	B	D
	※ non-HDLコレステロール	mg/dL	150～169	170～	A	B	D
検 肝 機 査 能	AST(GOT)	U/L	31～50	51～	A	B	D
	ALT(GPT)	U/L	31～50	51～			
	γ-GT(γ-GTP)	U/L	51～100	101～			
検 血 査 糖	空腹時血糖 (食後10時間以上)	mg/dL	100～125	126～	A	B	D
	随時血糖 (食後 時間)	mg/dL					
	ヘモグロビンA1c	%	5.6～6.4	6.5～			
腎	血清クレアチニン	mg/dL	*	*	A	B	D
	e-GFR	ml/min/1.73m ²	45～60未満	45未満	A	B	D
痛風等	尿 酸	mg/dL	7.0～7.9	8.0～	A	B	D
尿 検 査	糖	－・＋・±・＋・++・+++	*	*	A	B	D
	蛋 白	－・＋・±・＋・++・+++	*	*	A	B	D

※:LDLコレステロールについては、空腹時中性脂肪または随時中性脂肪が400mg/dL 以上または食後採血の場合、non-HDLコレステロールの測定に代えられる。

貧 血 検 査	赤血球数		万/mm ³		男性:410万未満 女性:380万未満		A	B	D
	血色素量		g/dL		男性:12.1～13.0 女性:～12.0、18.0～ 女性:11.1～12.0 女性:～11.0、16.0～		A	B	D
	ヘマトクリット値		%		男性:33.0～38.9 男性:～32.9、54.0～ 女性:31.0～35.9 女性:～30.9、48.0～		A	B	D
心 電 図 検 査	所 見	1. 異常所見あり	判 定 区 分	1. 異常なし 2. 要観察 3. 要医療(精密検査・継続治療)	眼 底 検 査	Scheie分類 H		O I II III IV 透見困難	
		2. 異常所見なし				Scheie分類 S		O I II III IV 透見困難	
	具 体 的 な 所 見	01.異常Q波 13.左室肥大の疑い 14.ST-T異常 28.完全房室ブロック 29.房室ブロックⅡ度(M) 30.房室ブロックⅡ度(2:1) 31.房室ブロックⅡ度(W) 33.房室ブロックⅠ度 38.完全左脚ブロック 39.完全右脚ブロック 40.不完全右脚ブロック 43.上室性期外収縮 44.心室性期外収縮 55.心房細動 99.その他	糖尿病 網膜症	Davis 分類		0. 異常なし 1. 単純 2. 前増殖 3. 増殖 4. 透見困難			
		判 定		1. 正常範囲 2. 要精査・医療(継続中・新規・中断) 3. 透見困難					
		そ の 他							

医 師 の 判 断	実 施 細 な た 健 理 診 由 を	貧血検査	1. 質問票により実施 2. 診察により実施	判 シ メ ン タ ド ボ ロ リ ッ 定 ム ク	※20～74歳のみ 1. 該当 2. 予備群に該当 3. 非該当 4. 判定不能
		心電図検査	1. 質問票により実施 2. 診察により実施(血圧該当)		
		血清クレアチニン検査	1. 診察により実施(血圧該当・血糖該当)		
		眼底検査	1. 診察により実施(血圧該当・血糖該当・前年度血糖該当)		
	判 定	1. 異常なし	異常ありませんでした。来年も健診を受けましょう。		医 療 機 関 名
2. 要指導		病気を予防するために生活の見直しが必要です。 専門家に相談しましょう。			
3. 要医療		(要精密検査を含む) 詳しい検査が必要です。 医療機関を受診しましょう。		医 師 名	
4. 治療中		今後も継続して受診しましょう。		医 療 機 関 番 号	

松江市詳細検診項目実施基準

松江市では、下表の実施基準に該当した人に対して詳細健診項目を実施しています。

詳細検査項目の実施基準 (貧血・心電図・眼底検査・血清クレアチニン)			メタボリックシンドローム判定基準	
貧血検査	貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる人		①腹囲	男性 85cm以上、女性 90cm以上
心電図検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、 収縮期血圧140mmHg以上 もしくは 拡張期血圧90mmHg以上 または 問診等で不整脈が疑われる人		②血糖	空腹時血糖値 110mg/dL以上 (空腹時血糖が不明な場合は、HbA1c 6. 0%以上) または、血糖を下げる薬の内服または注射をしている人
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、 ①血圧が以下のa、bいずれかの基準 または ②血糖が以下のa、b、cのうちいずれかの基準 に該当した人 ※ただし、当該年度の健診結果等において血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果が確認できない場合、前年度の健診結果等において血糖検査の基準に該当する人を含む。		③脂質	中性脂肪 150mg/dL以上 または HDLコレステロール 40mg/dL未満 または コレステロールを下げる薬を内服している人
	①血圧	a. 収縮期 140mmHg以上 または b. 拡張期 90mmHg以上	④血圧	収縮期 130mmHg以上 または 拡張期 85mmHg以上 または 血圧を下げる薬を内服している人
	②血糖	a. 空腹時血糖 126mg/dL以上 b. HbA1c(NGSP値) 6. 5%以上 c. 随時血糖 126mg/dL以上		
血清クレアチニン検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、 ①血圧が以下のa、bいずれかの基準 または ②血糖が以下のa、b、cのうちいずれかの基準 に該当した人		判定区分	☐ 該 当: ① + ②、③、④の項目 2つ以上に該当する人 ☐ 予備群該当: ① + ②、③、④の項目 1つに該当する人
	①血圧	a. 収縮期 130mmHg以上 または b. 拡張期 85mmHg以上		
	②血糖	a. 空腹時血糖 100mg/dL以上 b. HbA1c(NGSP値) 5. 6%以上 c. 随時血糖 100mg/dL以上		

※一般健康診査・後期高齢者健康診査の詳細な健診項目は、上記の判定基準に該当する人のうち、医師が必要と認める人について実施をしています。

※松江市では、血清クレアチニンと血清尿酸検査を受診者全員に実施しています。

※松江市国民健康保険特定健康診査は、詳細健診項目を受診者全員に実施しています。