

◎下記の質問事項に回答をお願いします。

現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	①はい	②いいえ
現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	①はい	②いいえ
現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	①はい	②いいえ
現在、たばこを習慣的（※）に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に喫煙している者とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 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2の両方満たす） ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③いいえ（①②以外）	

※事務処理欄	
国保番号	受診者

◎助成対象となる検査項目

検査項目	
特定健康診査で定められた項目	特定健診の項目に町独自で追加する項目
○身体検査（身長・体重）腹囲測定	/
○血圧測定	
○医師の判定	
○尿検査…尿蛋白・尿糖	○尿検査…尿潜血
○血液検査 … 中性脂肪（空腹時又は随時）・ HDLコレステロール・LDLコレステロール・ AST（GOT）・ALT（GPT）・ γ -GT（ γ -GTP）・ 血糖（空腹時又は随時）・HbA1c・ eGFR・血清クレアチニン・血清尿酸	○血液検査 … 血清アルブミン・白血球・赤血球・ 血色素・ヘマトクリット値