

企業用血圧 マニュアル

血圧基準値 130-85

上記数値含む数値以上で再測定
(129-84)までが1回測定

原則右腕で測定

再測定した場合は

良い方の数値を□に記入

フリガナ
氏名

ライフ タロウ
ライフ 太郎

個人ID

生年月日 昭和〇年〇月〇日 年齢 〇〇歳 性別

保険記号-番号

ウロビリ ± + 2+ 3+ 4+

身長 前回値 cm 確認

記入する際の注意点

- ①B・HB黒鉛筆、シャーペンで筆圧強めに記入する
- ②機械で数値を読み取るので殴り書きにならないようにする
- ③□枠に数字がかからないようにする

機械で読み取れない数値の書き方

✕ 1 2 4 9

機械で読み取れる数値の書き方

○ 1 2 4 9

前回値

血圧 115-80 -

①135-90 ②123-84

サイン or 印鑑

数値のメモ書きで枠内を使用
※2回測定した場合は2回とも必ず数値をメモしておくこと

採血に赤い○が付いている受診者には、
血圧を測りながら飲食時間を確認する

- ①飲食時間の尋ね方
「健診前に水、お茶、ブラックコーヒー以外で飲食はしていますか？」
↓
- ②答えた時間を現在時刻から逆算をして3区分のいずれかの□にチェックを入れる

(飲食として含むもの)
アメ、ガム、スポーツドリンクや
砂糖、ミルクを入れたコーヒー、紅茶等

レントゲン 可能性

聴力	右	1000 Hz	前回値	所見なし <input type="checkbox"/>	所見あり <input type="checkbox"/>	既知 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/>
		4000 Hz	前回値	所見なし <input type="checkbox"/>	所見あり <input type="checkbox"/>	
左	1000 Hz	前回値	所見なし <input type="checkbox"/>	所見あり <input type="checkbox"/>		
	4000 Hz	前回値	所見なし <input type="checkbox"/>	所見あり <input type="checkbox"/>		

採血 10時間以上 3.5時間以上 3.5時間未満

心電図 血糖 血算 生化

腹囲 前回値 cm

③前回受診時の問診記録から変更がある場合と前回問診記録が空欄の場合は**変更ありに○**を付け、
④を記入する。**※変更ありの場合は④の変更した箇所だけでなく、全て記入すること**

①自覚症状として該当する項目に○をつけてください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> めまい・立ちくらみ
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 動悸・息切れ
<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ
<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 胃腸の調子が悪い
<input type="checkbox"/> 咳・痰	<input type="checkbox"/> 不眠

②現職以前、下記有害業務に携わっていた方は○をつけてください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 放射線
<input type="checkbox"/> 有機溶剤	<input type="checkbox"/> 特化物
<input type="checkbox"/> 粉じん	<input type="checkbox"/> 振動
<input type="checkbox"/> 鉛	<input type="checkbox"/> 騒音

採血で気分が悪くなったことがある
いいえ はい

③前回受診時の問診記録

治療中 **高血圧(服薬中)**

完治

たばこ

お酒

吸う10本5年
時々1~2合
上記問診に変更なし
(下記問診④は記入不要です)
変更あり または
前回問診記録が空欄
(下記問診④を全て記入)

③前回受診時の問診記録が空欄の方または、変更のある方は、下記問診④にお答えください。
④健康診断受診票の裏面を参照し、該当する番号を記入してください。特になければ「特になし」に○をつけてください。

[治療中または今までに完治した病気] [たばこ] 番号を記入

特になし 吸わない:1 吸う:2 以前吸っていたがやめた:3 **3**

疾患番号 現在の状況 (2・3を選択した方は、以下の本数と年数を必ず記す)

1	0	1	1	本数/日	通算喫煙歴	年間
1	0	2	1	1	0	85

前回問診から変更がなくても前回と同じ番号を記入

[お酒] 番号を記入

毎日飲む:1 時々飲む:2 ほとんど飲めない:3 **2**

1日1回以上飲む場合は、1日に飲む量を必ず記入してください
 一~二合:2 二~三合:3 三合以上:4 **2**

この文言がある場合は⑤⑥の記入不要

前回問診から追加、変更があった疾患番号を記入する。
※疾患番号一覧を参照

●以下の質問内容は、記入不要です。上記質問のみご記入ください。

⑤特定問診 (はい:1 いいえ:2)番号を記入してください。

医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞等)になどと言われたことがある	<input type="checkbox"/> 前回値	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上している	<input type="checkbox"/> 前回値	夕食後に間食を週3回以上とっている	<input type="checkbox"/> 前回値
医師から心臓病(狭心症、心筋梗塞等)などと言われたことがある	<input type="checkbox"/>	1日1時間以上の歩行または同等の運動をしている	<input type="checkbox"/>	朝食を抜くことが週3回以上ある	<input type="checkbox"/>
医師から慢性心不全と言われたことや人工透析を受けたことがある	<input type="checkbox"/>	同年齢の同性と比べて歩く速度が速い	<input type="checkbox"/>	睡眠で休養が十分とれている	<input type="checkbox"/>
医師から貧血と言われたことがある	<input type="checkbox"/>	この年で3kg以上の体重の増減があった	<input type="checkbox"/>	保健指導の機会があれば利用したい	<input type="checkbox"/>
20歳の時から10kg以上体重が増加している	<input type="checkbox"/>	就寝前の2時間以内の食事が週3回以上ある	<input type="checkbox"/>		

⑥A・Bの質問に該当する番号を記入してください。

A:人と比べて食べる速度 番号記入 前回値

1. 速い

2. 普通

3. 遅い

B:運動や食生活の改善 番号記入 前回値

1. 改善するつもりはない

2. 6カ月以内に改善する

3. 1カ月以内に改善する

4. すでに改善に取り組んでいる(6か月未満)

5. すでに改善に取り組んでいる(6か月以上)