

特定健診データ入出力代行サービス 入力原票記入について留意事項

1. **黄色**の部分につきましては、**受診券**に記載されているとおりに記入します。**必ず記入します。**

2. **水色**の部分につきましては、詳細な検査を実施した場合に、**受診券**に記載されているとおりに記入します。

3. **ピンク**の部分（質問票部分、（基本）検査結果部分）につきましては、特定健診の制度上必要な項目です。**必ず記入します。**

4. 入力原票は、それぞれ新しい原票（下記の日付を参照）をご利用ください。
日付は入力原票右下に表示しております

- ・旭川市 2012. 5. 14
- ・鷹栖町 2012. 5. 14
- ・比布町 2012. 5. 14
- ・上川町 2009. 4. 15
- ・その他 2008. 5. 15
- ・大雪地区 2011. 3. 20
- ・当麻町 2012. 6. 30

※入力原票は、旭川市医師会様ホームページよりダウンロードすることも可能です。

5. 欄外等に記入されたコメントは、入力されません。

6. 記入漏れの多い箇所は以下のとおりです。**提出前に再度ご確認をお願いします。**

- ・受診券番号
- ・有効期限
- ・請求区分
- ・医師の判断
- ・医師名
- ・代行機関

7. 記入誤りの多い箇所は以下のとおりです。**提出前に再度ご確認をお願いします。**

- ・窓口負担の書き方（「窓口負担の記入例について」を参照）
- ・請求区分の書き方 詳細な検査実施時は、「詳細な健診」と入っている請求区分を記入します。

8. その他

・その他の既往歴（最大5つ）、自覚症状（最大5つ）、家族歴（最大7つ）など、記入できる項目数に限りがあるものについて、その上限数を超えて記入しないでください。選択肢の範囲内の数字で記入します。

・心電図検査を実施した場合で**所見が「1.異常所見あり」の場合**、判定区分と具体的な所見も**必ず記入します。**

・医師の判断について、記入可能な選択肢は1つです。複数回答はできません。

・被保険者証等の記号について、保険者によって、記載する文字の指定があるようです。受診券を確認の上記入します。

※各項目の記入方法については、「特定健康診査入力原票の記入要領」をご覧ください。

特定健康診査入力原票										実施機関名 旭川特定健診クリニック									
受診日(西暦)					2 0 1 2 年 0 6 月 0 1 日					実施機関番号					9 9 1 2 3 4 5 6 7 8				
受診券番号					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0					保険者番号					0 1 0 1 0 0 1 6				
カナ氏名					アサヒカワゲンキ					基本負担区分					4 1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限				
性別					1 1:男 2:女					基本負担額					5 4 0 0 円又は%				
生年月日					昭和 4 0 年 0 4 月 1 5 日					窓口負担					4 1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限				
有効期限(西暦)					2 0 1 3 年 0 3 月 3 1 日					詳細負担区分					4 1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限				
郵便番号					0 7 0 - 0 0 2 9					詳細負担額					3 4 0 0 円又は%				
住所					旭川市金星町1丁目1-5					負担合計額					2 3 6 0 円-(①+②)				
請求区分					2 1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診					代行機関(提出先)					2 1:国保連合会 2:支払基金				
被保険者証等記号					0 1 3 1 1 2 3 4 5 6														
被保険者証等番号					1 2 3 4 5														
質問票					検査結果														
既往歴	脳血管	1	1:はい 2:いいえ			身体計測	身長 (cm)	1 7 0 2											
	心疾患	1	1:はい 2:いいえ				体重 (kg)	8 2 6											
	腎不全人工透析	2	1:はい 2:いいえ				腹囲 (cm)	8 7 1											
	貧血	2	1:はい 2:いいえ				腹囲測定法	1 1:自測定 2:自己測定 3:自己申告											
その他の既往歴					0 1 0 4					血圧	収縮時血圧 (mmHg)	1 3 8							
自覚症状					0 4 0 7 0 9						拡張時血圧 (mmHg)	9 0							
服薬	血圧	2	1:服薬あり 2:服薬なし			血中脂質	中性脂肪 (mg/dl)	1 6 9											
	血糖	2	1:服薬あり 2:服薬なし				HDLコレステロール (mg/dl)	6 5											
	脂質	2	1:服薬あり 2:服薬なし				LDLコレステロール (mg/dl)	1 1 0											
喫煙歴					1 1:はい 2:いいえ					肝機能	GOT(AST) (U/l)	1 6							
											GPT(ALT) (U/l)	1 7							
											γ-GT(γ-GTP) (U/l)	1 5							
詳細な検査										血糖	食後経過時間	1 1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満)							
貧血	今回実施する理由	1 1:質問票 2:診察等			心電図	所見	1 1:異常所見あり 2:異常所見なし												
	赤血球数 (万/mm ³)	4 8 9				判定区分	1 1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査												
	血色素量 (g/dl)	1 5 8				具体的な所見	0 7 8 8 7 3												
										尿	空腹時血糖 (mg/dl)	1 0 5							
											ヘモグロビンA1c (%)								
											糖	1 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++							
										蛋白	1 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++								
										医師判断									
眼底検査	前年度結果に基づき今回実施する理由	1 1:質問票 2:診察等			他覚症状					0 1									
	キースワグナー分類	1 1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV			医師の判断					3 1:異常認めず 2:要観察 3:要指導 4:治療中 5:要医療									
	シェイエ分類S	1 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4			医師名					旭川 一郎									
	シェイエ分類H	1 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4			SCOTT分類					1:Ia 2:Ib 3:II 4:IIIa 5:IIIb 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI									
その他の所見																			

負担額は、負担区分に従って計算した受診者負担額を**必ず記入します。**

詳細な検査を実施した場合のみ記入します。

必ず記入します。

その他の既往歴は、01~11
自覚症状は、01~14
家族歴(旭川市のみ)は、01~07の
質問票に記載されている数字の
範囲内で1マス1文字ずつ記入します。

必ず記入します。

原則記入します。

*ヘモグロビンA1cは、保険者との契約により、必要のない場合もあります。

測定不能な場合は×を記入します。

心電図検査で異常所見があった場合、判定区分・具体的な所見も記入します。

記入可能な選択肢は1つです。複数回答はできません。

旭川市

例：35～39歳健診の時

受診券：基本健診：負担なし
 詳細健診：負担なし
 ※詳細な検査を実施していない場合

35～39歳健診の場合は、基本健診部分には「×」を記入し、
 その他健診部分に負担区分を記入します。
 また、その他健診時の請求区分には、「7」を記入します。

窓口負担	基本健診	×	1:負担なし 2:定額負担							円
	その他健診	1	1:負担なし 2:定額負担						0	円
請求区分	7	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診 7:35～39歳健診								

その他

例1：負担区分が定額負担の場合

受診券：基本健診：定額負担 1,000円
 詳細健診：定額負担 1,000円
 ※詳細な検査を実施していない場合

- 基本部分の負担額について
 定額負担ですので、窓口負担額は1,000円と記入します。
- 詳細部分の負担額について
 詳細な検査は実施していないので、「×」を記入します。

基本	負担区分	2	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限								円又は%
	負担額			1	0	0	0	0			円-①
詳細	負担区分	×	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限								円又は%
	負担額										円-②
負担合計額				1	0	0	0	0			円-(①+②)
請求区分	1	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診									
代行機関(提出先)	2	1:国保連合会 2:支払基金									

例3：負担区分が保険者上限額の場合

受診券：基本健診：保険者上限額 5,400円
 詳細健診：保険者上限額 3,400円
 ※詳細な検査の貧血、心電図検査を実施した場合

- 基本部分の負担額について
 基本健診単価 7,460円 - 保険者負担上限額 5,400円 = 2,060円
- 詳細部分の負担額について
 貧血検査単価 900円 + 心電図検査単価 1,600円 = 2,500円 となり、
 保険者負担上限額を超えていないので、負担額は0円と記入します。

基本	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限								円又は%
	負担額			5	4	0	0	0			円-①
詳細	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限								円又は%
	負担額			3	4	0	0	0			円-②
負担合計額				2	0	6	0	0			円-(①+②)
請求区分	2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診									
代行機関(提出先)	2	1:国保連合会 2:支払基金									

鷹栖町

例：負担区分が保険者上限額の場合(受診者は65歳)

受診券：基本健診：保険者上限額 4,330円
 詳細健診：保険者上限額 940円
 ※詳細な検査の貧血(上限額130円)、心電図(上限額810円)を実施した場合

- 基本部分の負担額について
 基本健診単価 7,320円 - 保険者負担上限額 4,330円 = 2,990円
- 詳細部分の負担額について
 貧血検査単価 210円 + 心電図検査単価 1,300円
 - 保険者負担上限額 940円 = 570円

基本	負担区分	4	1:負担なし 4:保険者負担上限								円
	負担額			4	3	3	0	0			円
詳細	負担区分	4	1:負担なし 4:保険者負担上限								円
	負担額			9	4	0	0				円
負担合計額				3	5	6	0	0			円
請求区分	2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診									

例2：負担区分が定率負担の場合

受診券：基本健診：定率負担 30%
 詳細健診：定率負担 30%
 ※詳細な検査の貧血、心電図検査を実施した場合

- 基本部分の負担額について
 基本健診単価 7,460円 × 定率負担 30% = 2,238円
 ※保険者によって、100円未満切捨て等の記載がある場合は
 記載どおりに計算し、記入します。
- 詳細部分の負担額について
 (貧血検査単価 900円 + 心電図検査単価 1,600円)
 × 定率負担 30% = 750円

基本	負担区分	3	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限								円又は%
	負担額			2	2	3	8				円-①
詳細	負担区分	3	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限								円又は%
	負担額			7	5	0					円-②
負担合計額				2	9	8	8				円-(①+②)
請求区分	2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診									
代行機関(提出先)	2	1:国保連合会 2:支払基金									

例4：負担区分が保険者上限額の場合

受診券：基本健診：保険者上限額 5,400円
 詳細健診：保険者上限額 3,400円
 ※詳細な検査を3つとも実施した場合

- 基本部分の負担額について
 基本健診単価 7,460円 - 保険者負担上限額 5,400円 = 2,060円
- 詳細部分の負担額について
 貧血検査単価 900円 + 心電図検査単価 1,600円 +
 眼底検査単価 1,200円 - 保険者負担上限額 3,400円 = 300円

基本	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限								円又は%
	負担額			5	4	0	0	0			円-①
詳細	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限								円又は%
	負担額			3	4	0	0	0			円-②
負担合計額				2	3	6	0	0			円-(①+②)
請求区分	2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診									
代行機関(提出先)	2	1:国保連合会 2:支払基金									