

実施機関名											
実施機関番号											
保険者番号 0 1 0 0 4 1											
カナ氏名						基本健診		1:負担なし 2:定額負担		円	
性別						窓口負担		その他健診		円	
生年月日						請求区分		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			
有効期限(西暦) 2 0 年 月 日											
電話番号											
被保険者証等 記号 旭 番号											

質問票						検査結果						
既往歴	脳血管	1:はい 2:いいえ				身体計測	身長 (cm)					<input type="checkbox"/> 1:1回目 <input type="checkbox"/> 2:2回目 <input type="checkbox"/> 3:その他 (平均値等)
	心疾患	1:はい 2:いいえ					体重 (kg)					
	腎不全 人工透析	1:はい 2:いいえ					腹囲 (cm)					
	貧血	1:はい 2:いいえ					収縮時血圧 (mmHg)					
その他の既往歴						血圧	拡張時血圧 (mmHg)					
自覚症状						血中脂質	中性脂肪 (mg/dl)					
服薬	血圧	1:服薬あり 2:服薬なし					HDLコレステロール (mg/dl)					
	血糖	1:服薬あり 2:服薬なし					LDLコレステロール (mg/dl)					
	脂質	1:服薬あり 2:服薬なし				肝機能	GOT (AST) (U/I)					
喫煙歴							GPT (ALT) (U/I)					
家族歴							γ-GT (γ-GTP) (U/I)					
詳細な検査						血糖	食後経過時間				1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満)	
							今回実施する理由				1:質問票 2:診察等	
貧血	赤血球数 (万/mm ³)						空腹時/随時血糖 (mg/dl)					
	血色素量 (g/dl)					ヘモグロビンA1c (%)						
	ヘマトクリット値 (%)					尿	糖				1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++	
前年度結果に基づき 今回実施する理由							1:質問票 2:診察等				1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++	
心電図	所見	1:異常所見あり 2:異常所見なし					蛋白				1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++	
	判定区分	1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査				潜血				1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++		
	具体的な所見					腎機能	血清クレアチニン (mg/dl)					
眼底検査	前年度結果に基づき 今回実施する理由						1:質問票 2:診察等					
	シェイエ分類S	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4				医師の判断						
	シェイエ分類H	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4										
他覚症状						医師の判断						
						1:異常認めず 2:要観察 3:要指導 4:治療中 5:要医療						
医師名												