

実施機関名																				
受診日(西暦)	2	0									実施機関番号									
受診券番号											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
											その他健診	1:負担なし 2:定額負担								円
生年月日	昭和										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																		
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)									
	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								血圧	収縮時血圧	(mmHg)									
その他の既往歴									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	1:はい 2:いいえ								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	1:10時間以上 3:3.5~10時間未満 4:3.5時間未満									
貧血	今回実施する理由	1:質問票 2:診察等									空腹時/随時血糖	(mg/dl)									
	赤血球数 (万/mm ³)								ヘモグロビンA1c (%)												
	血色素量 (g/dl)								尿	糖	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++										
	ヘマトクリット値 (%)									蛋白	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++										
心電図	当該年度結果に基づき今回実施する理由	1:質問票 2:診察等								腎機能	血清クレアチニン	(mg/dl)									
	所見	1:異常所見あり 2:異常所見なし									代謝系	血清尿酸	(mg/dl)								
	判定区分	1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査								医師の判断											
	具体的な所見									他覚症状											
眼底検査	対象者	1:検査結果による 2:不整脈疑い								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										
	当該年度結果に基づき今回実施する理由	1:質問票 2:診察等									医師名										
	シェイエ分類S	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4																			
	シェイエ分類H	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4																			
対象者	1:検査結果による																				