

実施機関名												
実施機関番号												
保険者番号												
窓口負担	基本	負担区分	1:負担なし 4:保険者負担上限									
		負担額										
	詳細	負担区分	1:負担なし 4:保険者負担上限									
		負担額										
負担合計額												
請求区分		1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診										
被保険者証等		記号	鷹	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			腹囲測定法	1:実測 2:自己測定 3:自己申告					
その他の既往歴				血圧		収縮時血圧	(mmHg)				
自覚症状				血圧		拡張時血圧	(mmHg)				
服薬	血圧	1:服薬あり 2:服薬なし		血中脂質	中性脂肪	(mg/dl)					
	血糖	1:服薬あり 2:服薬なし			HDLコレステロール	(mg/dl)					
	脂質	1:服薬あり 2:服薬なし			LDLコレステロール	(mg/dl)					
喫煙歴				肝機能		GOT (AST)	(U/I)				
家族歴				肝機能		GPT (ALT)	(U/I)				
家族歴				肝機能		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)					
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	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		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										
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		医師の判断						
	キースワグナー分類	1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV									
	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									
	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				医師名							
その他の所見				他覚症状							
その他の所見				医師の判断							
その他の所見				医師名							