

鷹 栖 町										特定健康診査入力原票										実施機関名														
受診日(西暦)					2	0	年			月			日			実施機関番号					保険者番号													
受診券番号										窓口負担					基本					1:負担なし 4:保険者負担上限														
カナ氏名										性別					1:男 2:女					負担区分					円									
生年月日					昭和					年					月					日					負担額					円				
有効期限(西暦)					2	0	年			月			日			詳細					1:負担なし 4:保険者負担上限													
郵便番号					-					負担区分					円					負担額					円									
住 所					*町村から 記入してください					負担合計額					円					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)														
					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																				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										1:はい 2:いいえ					肝機能					GOT(AST) (U/I)														
家 族 歴																				GPT(ALT) (U/I)														
																				γ-GT(γ-GTP) (U/I)														
詳 細 な 検 査																																		
貧血					今回実施する理由					1:質問票 2:診察等					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									
					赤血球数 (万/mm3)															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:+++				
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					蛋白					1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++																			
所 見					1:異常所見あり 2:異常所見なし					潜血					1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++																			
心電図					判定区分					1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査					腎機能					血清クレアチニン (mg/dl)														
					具体的な所見															代謝系					血清尿酸 (mg/dl)									
					対象者					1:検査結果による 2:不整脈疑い																								
眼底検査					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 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					他 覚 症 状																			
					シェイエ分類H					1:0 2:1 3:2 4:3 5:4					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														
					SCOTT分類					1:Ia 2:Ib 3:II 4:IIIa 5:IIIb 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI										医 師 名														
					その他の所見																													
対象者					1:検査結果による																													