

実施機関名													
受診日(西暦)				2	0	年		月		日	実施機関番号		
受診券番号												保険者番号	
カナ氏名												0 0 0 1 1 2 2 1	
性別				1:男 2:女		基本健診 窓口負担		負担区分		1:負担なし 2:定額負担			
				負担額				円					
生年月日				昭和		年		月		日	請求区分		
有効期限(西暦)				2	0	年		月		日	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診		
郵便番号						-							
住所				*町村から記入してください									
被保険者証等				記号	比	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				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				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		潜血	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++		
	所見	1:異常所見あり 2:異常所見なし		腎機能	血清クレアチニン (mg/dl)		
	判定区分	1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査		代謝系	血清尿酸 (mg/dl)		
	具体的な所見			医師の判断			
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		他覚症状			
	キースワグナー分類	1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV		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		
	シェイエ分類S	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4		医師名			
	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							