

比布町										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					0	0	0	1	1	2	2	1			
受診券番号					カナ氏名					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					1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診															
有効期限(西暦)					2	0	年			月			日			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										収縮時血圧 (mmHg)										<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)									
自覚症状										拡張時血圧 (mmHg)																			
服薬	血圧		1:服薬あり 2:服薬なし							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)								γ-GT(γ-GTP) (U/I)									
家族歴										GPT(ALT) (U/I)										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							
詳細な検査										血糖		空腹時/随時血糖 (mg/dl)								ヘモグロビンA1c (%)									
貧血	今回実施する理由		1:質問票 2:診察等							糖		1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++																	
	赤血球数 (万/mm ³)									蛋白		1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++																	
	血色素量 (g/dl)									潜血		1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++																	
	ヘマトクリット値 (%)									腎機能		血清クレアチニン (mg/dl)																	
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							代謝系		血清尿酸 (mg/dl)																	
	所見		1:異常所見あり 2:異常所見なし							医師の判断																			
	判定区分		1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査							他覚症状																			
	具体的な所見									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																	
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							医師名																			
	キースラグナー分類		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																										
対象者										1:検査結果による																			