

受診日(西暦)	2	0	年		月		日	
受診券番号								
カナ氏名							性別	1:男 2:女
生年月日	昭和		年		月		日	
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	上	川						
番号								

実施機関番号								
保険者番号	0	0	0	1	1	2	4	7
窓口負担区分	2	1:負担なし 2:定額負担						
負担額	1	0	0	0	0	円		

注1. 上川町国保の窓口負担は1000円固定です。

注2. 貧血、心電図、眼底検査は全員実施です。

注3. 総コレステロールの検査があります。

問診票		
既往歴	脳血管	1:はい 2:いいえ
	心疾患	1:はい 2:いいえ
	腎不全 人工透析	1:はい 2:いいえ
	貧血	1:はい 2:いいえ
その他の既往歴		
自覚症状		
服薬	血圧	1:服薬あり 2:服薬なし
	血糖	1:服薬あり 2:服薬なし
	脂質	1:服薬あり 2:服薬なし
喫煙歴		1:はい 2:いいえ

検査結果		
身体計測	身長 (cm)	
	体重 (kg)	
	腹囲 (cm)	
	腹囲測定法	1:実測 2:自己測定 3:自己申告
血圧	収縮時血圧 (mmHg)	
	拡張時血圧 (mmHg)	
血中脂質	中性脂肪 (mg/dl)	
	総コレステロール (mg/dl)	
	HDLコレステロール (mg/dl)	
	LDLコレステロール (mg/dl)	
	nonHDLコレステロール (mg/dl)	
肝機能	AST(GOT) (U/I)	
	ALT(GPT) (U/I)	
	γ-GT(γ-GTP) (U/I)	
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
	空腹時/随時血糖 (mg/dl)	
	ヘモグロビンA1c (%)	

1:1回目  
 2:2回目  
 3:その他(平均値等)

追加検査		
貧血	赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )	
	血色素量 (g/dl)	
	ヘマトクリット値 (%)	
心電図	所見	1:異常所見あり 2:異常所見なし
	判定区分	1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査
	具体的な所見	
眼底検査	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	

尿	糖	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++
	蛋白	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++
	潜血	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++
腎機能	血清クレアチニン (mg/dl)	
	eGFR (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	
代謝系	血清尿酸 (mg/dl)	
医師の判断		
他覚症状		
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	
医師名		