

その他										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									
受診券番号																				保険者番号									
カナ氏名																				窓口負担									
生年月日										昭和 年 月 日										性別									
有効期限(西暦)										2 0 年 月 日										1:男 2:女									
郵便番号																				基本負担区分									
住所										*市区町村から記入してください										1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限									
被保険者証等										記号										負担額									
										番号										円又は%									
																				円-									
																				詳細負担区分									
																				1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限									
																				負担額									
																				円-									
																				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									
																				代行機関(提出先)									
																				1:国保連合会 2:支払基金									

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																						
自覚症状																						
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												
詳細な検査																						
貧血	今回実施する理由		1:質問票 2:診察等								肝機能	GOT(AST)	(U/l)									
	赤血球数 (万/mm ³)											GPT(ALT)	(U/l)									
	血色素量 (g/dl)											-GT(-GTP)	(U/l)									
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								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)									
	所見		1:異常所見あり 2:異常所見なし									空腹時血糖	(mg/dl)									
	判定区分		1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査									ヘモグロビンA1c	(%)									
	具体的な所見											尿	糖	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++								
										蛋白	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++											
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: 3: a 4: b 5: 6:								他覚症状											
	シェイエ分類S		1:0 2:1 3:2 4:3 5:4								医師の判断											
	シェイエ分類H		1:0 2:1 3:2 4:3 5:4								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: a 2: b 3: 4: a 5: b 6: 7: a 8: b 9:								医師名											
	その他の所見																					