

その他

特定健康診査入力原票

実施機関名	
実施機関番号	
保険者番号	
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)	20 年 月 日
郵便番号	
住所 *市区町村から記入してください	
被保険者証等 記号 番号	
窓口負担	基本 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 円又は% 円-① 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 円又は% 円-② 負担合計額 円-(①+②)
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				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				non-HDLコレステロール (mg/dl)		
詳細な検査				肝機能	GOT(AST) (U/I)		
貧血	今回実施する理由	1:質問票 2:診察等			GPT(ALT) (U/I)		
	赤血球数 (万/mm ³)				γ-GT(γ-GTP) (U/I)		
	血色素量 (g/dl)			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	
ヘマトクリット値 (%)			空腹時/随時血糖 (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		尿	ヘモグロビンA1c (%)		
	所見	1:異常所見あり 2:異常所見なし			糖	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++	
	判定区分	1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査			蛋白	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++	
	具体的な所見			医師の判断			
眼底検査	対象者	1:検査結果による 2:不整脈疑い		他覚症状			
	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		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					
腎機能	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					
	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					
	血清クレアチニン (mg/dl)						
	eGFR (ml/min/1.73m ²)						
	対象者	1:検査結果による					