

大雪地区用

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
受診券番号
カナ氏名
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
被保険者証等

実施機関番号
保険者番号
基本 負担区分 1:負担なし 3:定率負担
負担額 円-①
詳細 負担区分 1:負担なし 3:定率負担
負担額 円-②
追加 負担区分 1:負担なし 3:定率負担
負担額 円-③
負担合計額 円-(①+②+③)
請求区分 3:基本的な健診+追加健診
4:基本的な健診+追加健診+詳細健診

質問票

検査結果

既往歴 脳血管 1:はい 2:いいえ
心疾患 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
家族歴
20歳からの体重増加 1:はい 2:いいえ
運動 1:はい 2:いいえ
身体活動 1:はい 2:いいえ
歩く速度 1:はい 2:いいえ
1年間の体重増加 1:はい 2:いいえ
食べる速度 1:速い 2:ふつう 3:遅い
就寝前の夕食 1:はい 2:いいえ
夕食後の間食 1:はい 2:いいえ
朝食を抜く 1:はい 2:いいえ
飲酒頻度 1:毎日 2:時々 3:ほとんど飲まない(飲めない)
飲酒量 1:1合未満 2:1~2合未満 3:2~3合未満 4:3合以上
睡眠 1:はい 2:いいえ
生活習慣の改善 1:改善するつもりはない 2:概ね6か月以内に改善するつもり 3:概ね1か月以内に改善するつもり 4:既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 5:既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
保健指導の利用 1:はい 2:いいえ

身体計測 身長 (cm)
体重 (kg)
腹囲 (cm)
血圧 収縮時血圧 (mmHg)
拡張時血圧 (mmHg)
血中脂質 中性脂肪 (mg/dl)
HDLコレステロール (mg/dl)
LDLコレステロール (mg/dl)
肝機能 GOT (AST) (U/I)
GPT (ALT) (U/I)
γ-GT (γ-GTP) (U/I)
血糖 食後経過時間
空腹時/随時血糖 (mg/dl)
ヘモグロビンA1c (%)
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)
代謝系 血清尿酸 (mg/dl)

追加検査 ※全員実施

貧血 赤血球数 (万/mm3)
血色素量 (g/dl)
ヘマトクリット値 (%)
白血球数 (mm3)
血小板数 (万/mm3)
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

詳細検査

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
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

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