

大雪地区

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
窓口負担
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
既往歴
脳血管
心疾患
腎不全
貧血
その他の既往歴
自覚症状
服薬
血圧
血糖
脂質
喫煙歴
家族歴
20歳からの体重増加
運動
身体活動
歩く速度
咀嚼
食べる速度
就寝前の夕食
間食
朝食を抜く
飲酒頻度
飲酒量
睡眠
生活習慣の改善
保健指導の利用

検査結果
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
蛋白
潜血
腎機能
血清クレアチニン (mg/dl)
代謝系
血清尿酸 (mg/dl)

詳細検査
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
キースラグナー分類
1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV
シエイエ分類S
1:0 2:1 3:2 4:3 5:4
シエイエ分類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
対象者
1:検査結果による

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) ※小数点以下は記入不可
心電図
所見
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
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