

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			一					
住所 *町村から 記入してください								
被保険者証等 番号	記号	当麻						

実施機関番号									
保険者番号	0	0	0	1	1	2	1	3	
窓口負担区分	2	1:負担なし 2:定額負担							
負担額			5	0	0				円
請求区分		1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診							

注1. 当麻町国保の窓口負担は500円固定です。

質問票

既往歴	脳血管疾患	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
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

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/l)				
	GPT (ALT) (U/l)				
	γ-GT (γ-GTP) (U/l)				
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)
	空腹時/随時血糖 (mg/dl)				
	ヘモグロビンA1c (NGSP) (%)				
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)				

1:1回目  
2:2回目  
3:その他  
(平均値等)

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				

詳細な検査

貧血	今回実施する理由	1:質問票 2:診察等
	赤血球数 (万/mm3)	
	血色素量 (g/dl)	
	ヘマトクリット値 (%)	
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
	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	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	