

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

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	500 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 1:はい 2:いいえ 心疾患 1:はい 2:いいえ 腎不全 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
咀嚼	1:何でも 2:かみにくい 3:ほとんどかめない
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
間食	1:毎日 2:時々 3:ほとんど摂取しない
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 1:10時間以上 3:3.5~10時間未満 4:3.5時間未満 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	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 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 . . . 対象者 1:検査結果による 2:不整脈疑い
眼底検査	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 ギースワグナー分類 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 . . . 対象者 1:検査結果による