

愛別町										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		実施機関番号												
受診券番号										保険者番号										0	0	0	1	1	2	3	9			
カナ氏名										性別					1:男 2:女	窓口負担区分		2	1:負担なし 2:定額負担											
生年月日										昭和	年		月		日		負担額		500		円									
有効期限(西暦)										2	0	年		月		日		請求区分		1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診										
郵便番号										注1. 愛別町国保の窓口負担は500円固定です。																				
住所 *町村から記入してください																														
被保険者証等										記号	愛	番号																		

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																					
自覚症状																					
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																					
家族歴																					
詳細な検査																					
貧血	今回実施する理由		1:質問票 2:診察等								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								
	赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )											空腹時/随時血糖 (mg/dl)	4:3.5時間未満の場合記入不可								
	血色素量 (g/dl)											ヘモグロビンA1c (%)									
	ヘマトクリット値 (%)											尿	糖	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++							
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								蛋白	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++										
所見		1:異常所見あり 2:異常所見なし								潜血	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++										
心電図	判定区分		1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査								腎機能	血清クレアチニン	(mg/dl)								
	具体的な所見											代謝系	血清尿酸	(mg/dl)							
	対象者		1:検査結果による 2:不整脈疑い								医師の判断										
	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								他覚症状									
キースワグナー分類		1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV								医師の判断											
シェイエ分類S		1:0 2:1 3:2 4:3 5:4								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H		1:0 2:1 3:2 4:3 5:4								医師名											
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											