

特定健診データ入出力代行サービス 入力原票記入について留意事項

2024年4月1日現在

- 黄色の部分につきましては、受診券に記載されているとおりに記入します。**必ず記入します。**(住所欄は旭川市は電話番号になります)
- 水色の部分につきましては、詳細な検査を実施した場合に、受診券に記載されているとおりに記入します。
- ピンクの部分(質問票部分、(基本)検査結果部分)につきましては、特定健診の制度上必要な項目です。**必ず記入します。**
- 入力原票は、それぞれ新しい原票(下記の日付を参照)をご利用ください。  
 ・旭川市 2024. 4. 1  
 ・鷹栖町 2024. 4. 1  
 ・鷹栖町後期高齢 2024. 4. 1  
 ・比布町 2024. 4. 1  
 ・上川町 2024. 4. 1  
 ・その他 2024. 4. 1  
 ・大雪地区 2024. 4. 1  
 ・当麻町 2024. 4. 1  
 ・愛別町 2024. 4. 1  
**※入力原票は、旭川市医師会様ホームページよりダウンロードすることも可能です。**

- 欄外等に記入されたコメントは、入力されません。
- 記入漏れの多い箇所は以下のとおりです。提出前に再度ご確認をお願いします。  
 ・受診券番号、有効期限、被保険者証等の記号・番号、請求区分、代行機関  
 ・医師の判断、医師名(医師名はゴム印可)
- 記入誤りの多い箇所は以下のとおりです。提出前に再度ご確認をお願いします。  
 ・カナ氏名や結果値、医師名など記入文字の判別が難しい場合があります。ボールペンで枠内にはっきりと記入します。  
 ・窓口負担、請求区分(「窓口負担の記入例について」を参照)  
 ・被保険者証等の記号について、保険証に記号がない場合も、半角ハイフン(-)、半角スラッシュ(/)など、記入する文字の指定があります。受診券を確認の上、記入します。  
 ・その他の既往歴(最大5つ)、自覚症状(最大5つ)、家族歴(最大7つ)など、記入できる項目数に限りがあるものについて、その上限数を超えて記入しないでください。また、選択肢の範囲内の数字は**2桁**で記入します。  
 ・血糖欄について、**食後経過時間が「3.5時間未満」の場合、血糖値は記入しないでください。** ※記入があっても入力しません。  
 ・心電図検査を実施し、**所見が「1.異常所見あり」の場合、判定区分と具体的な所見も必ず記入します。**  
 ・詳細な検査の「対象者」は、検査を実施した場合、記入します。**未記入の場合、原則「1.検査結果による」で入力します。**ただし、心電図検査で、質問票の「その他の既往歴」が「03:不整脈」に該当した場合にのみ、「2:不整脈疑い」で入力します。 **※電話による確認は行いません。**

特定健康診査入力原票										実施機関名 旭川特定健診クリニック																				
受診日(西暦)	2	0	2	4	年	0	5	月	0	1	日	実施機関番号	0	1	1	2	9	1	0	0	0	0								
受診券番号	2	4	1	1	2	3	4	5	6	7	8	保険者番号	0	1	0	1	0	0	1	6										
カナ氏名	アサヒカワゲンキ										性別	1	1:男 2:女	基本負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	負担額	7	1	5	0	円又は%								
生年月日	昭和	4	5	年	0	4	月	1	5	日	窓口負担	基本	負担額	6	8	0	円-①													
有効期限(西暦)	2	0	2	5	年	0	3	月	3	1	日	詳細負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	負担額	3	4	0	0	円又は%										
郵便番号	0	7	0	-	0	0	2	9			住所	旭川市金星町1丁目1-5	負担合計額	1	1	9	0	円-(①+②)												
請求区分	2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診																												
代行機関(提出先)	2	1:国保連合会 2:支払基金																												
被保険者証等	記号	0	1	3	1	1	2	3	4		番号	1	2	3	4	5		枝番	0	1										
質問票					検査結果																									
既往歴	脳血管	1	1:はい 2:いいえ	心疾患	1	1:はい 2:いいえ	腎不全・人工透析	2	1:はい 2:いいえ	貧血	2	1:はい 2:いいえ	その他の既往歴 (01-11)	0	1	0	4													
自覚症状 (01-14)	0	4	0	7	0	9				身体計測	身長 (cm)	1	7	0	2	体重 (kg)	8	2	6	腹囲 (cm)	8	7	1							
服薬	血圧	2	1:服薬あり 2:服薬なし	血糖	2	1:服薬あり 2:服薬なし	脂質	2	1:服薬あり 2:服薬なし	喫煙歴	1	1:はい 2:以前は吸っていた 3:いいえ	血圧	収縮時血圧 (mmHg)	1	3	8	拡張時血圧 (mmHg)	9	0	空腹時/随時中性脂肪 (mg/dl)	1	6	5						
詳細な検査	今回実施する理由	3	3:既往 4:視診等	貧血	赤血球数 (万/mm3)	4	8	9	血色素量 (g/dl)	1	5	8	ヘマトクリット値 (%)	4	8	6	肝機能	AST(GOT) (U/l)	1	6	ALT(GPT) (U/l)	1	7	γ-GT(γ-GTP) (U/l)	1	5				
心電図	当該年度結果に基づき今回実施する理由	6	5:基準該当 6:不整脈	所見	1	1:異常所見あり 2:異常所見なし	判定区分	1	1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査	具体的な所見 (01-9)	0	7	8	8	7	3	血糖	食後経過時間	1	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)	9	0	ヘモグロビンA1c (%)	5	4				
眼底検査	当該年度結果に基づき今回実施する理由	5	5:基準該当	キースワグナー分類	1	1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV	シエイエ分類S	1	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4	シエイエ分類H	1	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							尿	糖	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++	蛋白	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++	測定不可能・検査未実施の理由	1:生理中 2:排尿障害
腎機能	当該年度結果に基づき今回実施する理由	5	5:基準該当	血清クレアチニン (mg/dl)					eGFR (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )						医師の判断	他覚症状 (01-06)	0	1					医師の判断	3	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	旭川	一郎		

- 負担額は、負担区分に従って計算した受診者負担額を**必ず記入します。**
- 詳細な検査を実施した場合のみ記入します。
- 保険証に記号がない場合も、受診券の注意事項欄を確認し、必要に応じて、半角ハイフン(-)、半角スラッシュ(/)を記入します。枝番が無い場合は空欄とします。
- その他の既往歴は、01~11、自覚症状は、01~14、家族歴(市町村圏関係のみ)は、01~07の質問票に記載されている範囲内の数字で、1つの回答につき**2桁**で記入します。
- LDLコレステロール、non-HDLのどちらかを記入します。(上川町を除き、両方記入しないでください。)**必ず記入します。**
- 食後経過時間が、「4:3.5時間未満」の場合、血糖値は記入しないでください。(記入があっても入力しません。)
- 入力原票「その他」以外の場合、必須です。「その他」の場合、食後経過時間が、「3:3.5~10時間未満」、「4:3.5時間未満の場合」、必須です。
- 測定不可能な場合は×を記入します。
- 検査未実施時の理由を記入します。
- 検査を実施した場合、記入します。「対象者」が未記入の場合、原則、「1:検査結果による」を入力します。ただし、心電図検査で、質問票の「その他の既往歴」が「03:不整脈」に該当した場合にのみ、「2:不整脈疑い」で入力します。
- 記入可能な選択肢は1つです。複数回答はできません。

旭川市

例：35～39歳健診の時

受診券：基本健診：負担なし

※詳細な検査はありません

35～39歳健診の場合は、基本健診部分には「×」を記入し、  
 その他健診部分に負担区分を記入します。

また、その他健診時の請求区分には、「7」を記入します。

窓口負担	基本健診	×	1:負担なし 2:定額負担							円
	その他健診	1	1:負担なし 2:定額負担						0	円
請求区分	7	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診 7:35～39歳健診								

その他

例1：負担区分が定額負担の場合

受診券：基本健診：定額負担 1,000円

詳細健診：定額負担 1,000円

※詳細な検査を実施していない場合

- 基本部分の負担額について  
 定額負担ですので、窓口負担額は1,000円と記入します。
- 詳細部分の負担額について  
 詳細な検査は実施していないので、「×」を記入します。

窓口負担	基本	負担区分	2	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	1	0	0	0	円又は%	
		負担額			1	0	0	0	円-①	
	詳細	負担区分	×	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限					円又は%	
		負担額							円-②	
負担合計額					1	0	0	0	円-(①+②)	
請求区分		1	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診							
代行機関(提出先)		2	1:国保連合会 2:支払基金							

例2：負担区分が定率負担の場合

受診券：基本健診：定率負担 30%

詳細健診：定率負担 30%

※詳細な検査の貧血、心電図検査を実施した場合

- 基本部分の負担額について  
 基本健診単価 7,830円 × 定率負担 30% = 2,349円  
 ※保険者によって、100円未満切捨て等の記載がある場合は  
 記載どおりに計算し、記入します。
- 詳細部分の負担額について  
 (貧血検査単価 920円 + 心電図検査単価 1,630円)  
 × 定率負担 30% = 765円

窓口負担	基本	負担区分	3	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限				3	0	円又は%	
		負担額						2	3	4	9
	詳細	負担区分	3	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限					3	0	円又は%
		負担額							7	6	5
負担合計額					3	1	1	4		円-(①+②)	
請求区分		2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診								
代行機関(提出先)		2	1:国保連合会 2:支払基金								

例3：負担区分が保険者上限額の場合

受診券：基本健診：保険者上限額 7,150円

詳細健診：保険者上限額 3,400円

※詳細な検査の貧血、心電図検査を実施した場合

- 基本部分の負担額について  
 基本健診単価 7,830円 - 保険者負担上限額 7,150円 = 680円
- 詳細部分の負担額について  
 貧血検査単価 920円 + 心電図検査単価 1,630円 = 2,550円 となり、  
 保険者負担上限額を超えていないので、負担額は0円と記入します。

窓口負担	基本	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限				7	1	5	0	円又は%	
		負担額						6	8	0		円-①	
	詳細	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限					3	4	0	0	円又は%
		負担額										0	円-②
負担合計額								6	8	0		円-(①+②)	
請求区分		2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診										
代行機関(提出先)		2	1:国保連合会 2:支払基金										

例4：負担区分が保険者上限額の場合

受診券：基本健診：保険者上限額 7,150円

詳細健診：保険者上限額 3,400円

※詳細な検査4つ全てを実施した場合

- 基本部分の負担額について  
 基本健診単価 7,830円 - 保険者負担上限額7,150円 = 680円
- 詳細部分の負担額について  
 貧血検査単価 920円 + 心電図検査単価 1,630円  
 + 眼底検査単価 1,230円 + クレアチニン検査 130円  
 - 保険者負担上限額 3,400円 = 510円

窓口負担	基本	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限				7	1	5	0	円又は%	
		負担額						6	8	0		円-①	
	詳細	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限					3	4	0	0	円又は%
		負担額							5	1	0		円-②
負担合計額					1	1	9	0		円-(①+②)			
請求区分		2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診										
代行機関(提出先)		2	1:国保連合会 2:支払基金										