

鷹栖町後期高齢

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	3	9	0	1	4	5	2	7						
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	大正・昭和		年	月	日	負担額			5	0	0	円	請求区分	1	1:基本的な健診					
有効期限(西暦)	2	0	年	月	日	注. 鷹栖町後期高齢の窓口負担は500円固定です。														
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		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		収縮時血圧 (mmHg)																		
	貧血	1:はい 2:いいえ		拡張時血圧 (mmHg)																		
その他の既往歴 (01-11)			血中脂質	空腹時/随時中性脂肪 (mg/dl)																		
自覚症状 (01-14)			肝機能	HDLコレステロール (mg/dl)																		
服薬	血圧	1:服薬あり 2:服薬なし	血糖	LDLコレステロール (mg/dl)																		
	血糖	1:服薬あり 2:服薬なし		尿酸	AST(GOT) (U/l)																	
	脂質	1:服薬あり 2:服薬なし			ALT(GPT) (U/l)																	
喫煙歴	1:はい 2:以前は吸っていた 3:いいえ		家族歴 (01-07)	γ-GT(γ-GTP) (U/l)																		
家族歴 (01-07)				食後経過時間																		
				空腹時/随時血糖 (mg/dl)																		
				ヘモグロビンA1c (%)																		
				糖																		
				蛋白																		
		測定不可能・検査未実施の理由																				

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 (01-06)																					
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																					