

<b>比布町</b>										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		2		1	
カナ氏名										性別		1:男 2:女		基本健診 窓口負担		負担区分		1:負担なし 2:定額負担																			
生年月日										昭和		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																	
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		比		番号																															
		枝番																																			

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 (01-11)																													
自覚症状 (01-14)																													
服薬		血圧		1:服薬あり 2:服薬なし										血中脂質		空腹時/随時中性脂肪		(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		1:はい 2:以前は吸っていた 3:いいえ										肝機能		AST(GOT)		(U/I)													
家族歴 (01-07)														ALT(GPT)		(U/I)													
														γ-GT(γ-GTP)		(U/I)													
詳細な検査																													
貧血		今回実施する理由		3:既往 4:視診等										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:+++									
心電図		当該年度結果に基づき 今回実施する理由		5:基準該当 6:不整脈										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:+++											
		判定区分		1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査										測定不可能・検査未実施の理由		1:生理中 2:排尿障害													
具体的な所見 (01-91)												腎機能		血清クレアチニン (mg/dl)															
対象者		1:検査結果による 2:不整脈疑い										代謝系		血清尿酸 (mg/dl)															
眼底検査		当該年度結果に基づき 今回実施する理由		5:基準該当										医 師 の 判 断															
		キースワグナー分類		1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV										他 覚 症 状 (01-06)															
		シェイエ分類S		1:0 2:1 3:2 4:3 5:4										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															
		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										医 師 の 名															
その他の所見																													
対象者		1:検査結果による																											