

大雪地区

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
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
被保険者証等 記号 番号 枝番

実施機関番号
保険者番号
窓口負担区分 2 1:負担なし 2:定額負担
負担額 5 0 0 円
請求区分 3:基本的な健診+追加健診
4:基本的な健診+追加健診+詳細健診

注. 大雪地区広域連合の窓口負担は500円固定です。

質問票
既往歴 脳血管 心疾患 腎不全透析 貧血
その他の既往歴 (01-11)
自覚症状 (01-14)
服薬 血圧 血糖 脂質
喫煙歴
家族歴 (01-07)
20歳からの体重増加
運動
身体活動
歩く速度
咀嚼
食べる速度
就寝前の夕食
間食
朝食を抜く
飲酒頻度
飲酒量
睡眠
生活習慣の改善
特定保健指導の受診歴

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 空腹時/随時中性脂肪 (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 AST(GOT) (U/I) ALT(GPT) (U/I) γ-GT(γ-GTP) (U/I)
血糖 食後経過時間 空腹時/随時血糖 (mg/dl) ヘモグロビンA1c (%)
尿 糖 蛋白 潜血
測定不可能・検査未実施の理由
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)

追加検査 ※全員実施
貧血 赤血球数 (万/mm3) 血色素量 (g/dl) ヘマトクリット値 (%) 白血球数 (mm3) 血小板数 (万/mm3)
心電図 所見 判定区分 具体的な所見 (01-91)

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

詳細検査
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
キースワグナー分類 1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV
シエイエ分類S 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4
シエイエ分類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