

受診日(西暦) 20 年 月 日 実施機関番号
受診券番号 保険者番号 00011213
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
負担額 500 円
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) 20 年 月 日
郵便番号
住所 *町村から記入してください
記号 当麻
被保険者証等 番号 枝番

注1. 当麻町国保の窓口負担は500円固定です。

質問票 検査結果

既往歴 脳血管 1:はい 2:いいえ
心疾患 1:はい 2:いいえ
腎不全透析 1:はい 2:いいえ
貧血 1:はい 2:いいえ
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
血糖 1:服薬あり 2:服薬なし
脂質 1:服薬あり 2:服薬なし
喫煙歴 1:はい 2:以前は吸っていた 3:いいえ
家族歴 (01-07)
20歳からの体重増加 1:はい 2:いいえ
運動 1:はい 2:いいえ
身体活動 1:はい 2:いいえ
歩く速度 1:はい 2:いいえ
咀嚼 1:何でも 2:かみにくい 3:ほとんどかめない
食べる速度 1:速い 2:ふつう 3:遅い
就寝前の夕食 1:はい 2:いいえ
間食 1:毎日 2:時々 3:ほとんど摂取しない
朝食を抜く 1:はい 2:いいえ
飲酒頻度 1:毎日 2:週5~6日 3:週3~4日 4:週1~2日 5:月に1~3日 6:月に1日未満 7:やめた 8:飲まない(飲めない)
飲酒量 1:1合未満 2:1~2合未満 3:2~3合未満 4:3~5合未満合 5:5合以上
睡眠 1:はい 2:いいえ
生活習慣の改善 1:改善するつもりはない 2:概ね6か月以内に改善するつもり 3:概ね1か月以内に改善するつもり 4:既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 5:既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
特定保健指導の受診歴 1:はい 2:いいえ
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 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) 4:3.5時間未満の場合記入不可
ヘモグロビンA1c (%)
尿 糖 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++
蛋白 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++
潜血 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 血清クレアチニン (mg/dl)
代謝系 血清尿酸 (mg/dl)
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

詳細な検査

貧血 今回実施する理由 3:既往 4:視診等
赤血球数 (万/mm3)
血色素量 (g/dl)
ヘマトクリット値 (%)
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
シェイエ分類S 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4
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
その他の所見
対象者 1:検査結果による