愛　別　町

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 3 9
カナ氏名	性別 1:男 2:女	窓口負担	負担区分 2 1:負担なし 2:定額負担 負担額 5 0 0 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)	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 愛 番号 枝番		

注1. 愛別町国保の窓口負担は500円固定です。

質問票

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・人工透析		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)			

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 (%)		.
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
	所見		1:異常所見あり 2:異常所見なし
	判定区分		1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査
	具体的な所見 (01-91)		
	対象者		1:検査結果による 2:不整脈疑い
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

検査結果

身体計測	身長 (cm)		.
	体重 (kg)		.
	腹囲 (cm)		.
	腹囲測定法		1:実測 2:自己測定 3:自己申告
血圧	収縮時血圧 (mmHg)		1:1回目 2:2回目 3:その他（平均値等）
	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/l)		
	ALT(GPT) (U/l)		
	γ-GT(γ-GTP) (U/l)		
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		