

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	大正・昭和		年	月	日	
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	X	番号			

実施機関番号						
保険者番号	3	9	0	1		
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	1	1:基本的な健診				
注: 鷹栖町・当麻町後期高齢の窓口負担は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						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													
	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						血圧	収縮時血圧 (mmHg)						
	血糖	1:服薬あり 2:服薬なし							拡張時血圧 (mmHg)						
	脂質	1:服薬あり 2:服薬なし													
喫煙歴															
家族歴 (01-07)															
							血糖	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)							
							尿	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)							
								ヘモグロビンA1c (%)							
							尿	糖	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++						
								蛋白	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						
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															