

特定健診データ入出力代行サービス 入力原票記入について留意事項

2025年4月1日現在

1.  の部分につきましては、**受診券**に記載されているとおりに記入します。
必ず記入します。(住所欄は旭川市は電話番号になります)
2.  の部分につきましては、詳細な検査を実施した場合に、**受診券**に記載されているとおりに記入します。
3.  の部分（質問票部分、(基本)検査結果部分）につきましては、特定健診の制度上必要な項目です。**必ず記入します。**

4. 入力原票は、それぞれ新しい原票（下記の日付を参照）をご利用ください。
日付は入力原票右下に表示しております
- 旭川市 2024. 4. 1
 - 鷹栖町 2024. 4. 1
 - 鷹栖町・当麻町 後期高齢 2025. 6. 1
 - 比布町 2024. 4. 1
 - 上川町 2024. 4. 1
 - その他 2024. 4. 1
 - 大雪地区 2024. 4. 1
 - 当麻町 2024. 4. 1
 - 愛別町 2024. 4. 1
- ※入力原票は、旭川市医師会様ホームページよりダウンロードすることも可能です。

5. 欄外等に記入されたコメントは、入力されません。
6. 記入漏れの多い箇所は以下のとおりです。提出前に再度ご確認ください。
- 受診券番号、有効期限、被保険者証等の記号・番号、請求区分、代行機関
 - 医師の判断、医師名（医師名はゴム印可）
7. 記入誤りの多い箇所は以下のとおりです。提出前に再度ご確認ください。
- カナ氏名や結果値、医師名など記入文字の判別が難しい場合があります。ボールペンで枠内にはっきりと記入します。

- 窓口負担、請求区分（「窓口負担の記入例について」を参照）
- 被保険者証等の記号について、保険証に記号がない場合も、半角ハイフン（-）、半角スラッシュ（/）など、記入する文字の指定があります。受診券を確認の上、記入します。
- その他の既往歴（最大5つ）、自覚症状（最大5つ）、家族歴（最大7つ）など、記入できる項目数に限りがあるものについて、その上限数を超えて記入しないでください。また、選択肢の範囲内の数字は**2桁**で記入します。
- 血糖欄について、**食後経過時間が「3.5時間未満」の場合、血糖値は記入しないでください。** ※記入があっても入力しません。
- 心電図検査を実施し、**所見が「1.異常所見あり」の場合、判定区分と具体的な所見も必ず記入します。**
- 詳細な検査の「対象者」は、検査を実施した場合、記入します。**未記入の場合**、原則「1:検査結果による」で入力します。ただし、心電図検査で、質問票の「その他の既往歴」が「03:不整脈」に該当した場合にのみ、「2:不整脈疑い」で入力します。 ※電話による確認は行いません。

特定健康診査入力原票										実施機関名 旭川特定健診クリニック																										
受診日(西暦)	2	0	2	5	年	0	5	月	0	1	日			実施機関番号	0	1	1	2	9	1	0	0	0	0												
受診券番号	2	5	1	1	2	3	4	5	6	7	8			保険者番号	0	1	0	1	0	0	1	6														
カナ氏名	アサヒカワゲンキ												性別	1	1:男 2:女	基本 負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限																		
生年月日	昭和 4 5 年 0 4 月 1 5 日												窓口負担	基本	負担額	7 1 5 0 円又は% 円=㊴																				
有効期限(西暦)	2	0	2	6	年	0	3	月	3	1	日			詳細 負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限																				
郵便番号	0	7	0	一	0	0	2	9						負担額	3 4 0 0 円又は% 円=㊵																					
住所	旭川市金星町1丁目1-5												負担合計額	1 2 3 0 円=㊴+㊵																						
*市区町村から記入してください												請求区分	2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診																						
												代行機関 (提出先)	2	1:国保連合会 2:支払基金																						
被保険者証等	記号	0	1	3	1	1	2	3	4					番号	1	2	3	4	5																	
	枝番	0	1																																	
質 問 票															検 査 結 果																					
既往歴	脳血管	1	1:はい 2:いいえ										身体計測	身長 (cm)	1 7 0 . 2																					
	心疾患	1	1:はい 2:いいえ											体重 (kg)	8 2 . 6																					
	腎不全・透析	2	1:はい 2:いいえ											腹囲 (cm)	8 7 . 1																					
	貧血	2	1:はい 2:いいえ											腹囲測定法	1	1:実測 2:自己測定 3:自己申告																				
その他の既往歴 (01-11)															0	1	0	4						血 圧	収縮時血圧 (mmHg)	1 3 8										
自覚症状 (01-14)															0	4	0	7	0	9						拡張時血圧 (mmHg)	9 0									
服薬	血圧	2	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)	1 6 5																					
	血糖	2	1:服薬あり 2:服薬なし											HDLコレステロール (mg/dl)	6 5																					
	脂質	2	1:服薬あり 2:服薬なし											LDLコレステロール (mg/dl)	1 1 0																					
喫煙歴															1	1:はい 2:以前は吸っていた 3:いいえ										non-HDLコレステロール (mg/dl)										
詳 細 な 検 査															肝機能	AST(GOT) (U/l)	1 6																			
貧血	今回実施する理由	3	3:既往 4:視診等										ALT(GPT) (U/l)	1 7																						
	赤血球数 (万/mm3)	4 8 9										γ-GT(γ-GTP) (U/l)	1 5																							
	血色素量 (g/dl)	1 5 . 8										血糖	食後経過時間	1		1:10時間以上 3:3.5~10時間未満 4:3.5時間未満の場合記入不可																				
	ヘマトクリット値 (%)	4 8 . 6											空腹時/随時血糖 (mg/dl)	9 0																						
心電図	当該年度結果に基づき今回実施する理由	6	5:基準該当 6:不整脈										尿	ヘモグロビンA1c (%)	5 . 4																					
	所見	1	1:異常所見あり 2:異常所見なし											糖	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++																				
	判定区分	1	1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査											蛋白	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++																				
	具体的な所見 (01-91)	0 7 8 8 7 3										測定不可能・検査未実施の理由		1:生理中 2:排尿障害																						
眼底検査	対象者	2	1:検査結果による 2:不整脈疑い										他覚症状 (01-06)	0 1																						
	当該年度結果に基づき今回実施する理由	5	5:基準該当											医師の判断	3	1:異常認めず 2:要観察 3:要指導 4:治療中 5:要医療																				
	キースワグナー分類	1	1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV												医師名	旭川一郎																				
	シェイエ分類S	1	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4													医 師 名																				
	シェイエ分類H	1	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																									医 師 の 判 断											
腎機能	対象者	1	1:検査結果による										0 1										医師の判断	3	1:異常認めず 2:要観察 3:要指導 4:治療中 5:要医療											
	当該年度結果に基づき今回実施する理由	5	5:基準該当																					医師名	旭川一郎											
	血清クレアチニン (mg/dl)																																			
	eGFR (ml/min/1.73m ²)																																			
対象者															1:検査結果による																					

- 負担額は、負担区分に従って計算した受診者負担額を**必ず記入します。**
- 詳細な検査を実施した場合のみ記入します。
- 保険証に記号がない場合も、受診券の注意事項欄を確認し、必要に応じて、半角ハイフン(-)、半角スラッシュ(/)を記入します。枝番が無い場合は空欄とします。
- その他の既往歴は、01~11、自覚症状は、01~14、家族歴(市町村国保系のみ)は、01~07の質問票に記載されている範囲内の数字で、1つの回答につき**2桁**で記入します。
- LDLコレステロール、non-HDLのどちらかを記入します。(上川町を除き、両方記入しないでください。)
必ず記入します。
- 食後経過時間が、「4:3.5時間未満」の場合、血糖値は記入しないでください。(記入があっても入力しません。)
- 入力原票「その他」以外の場合、必須です。「その他」の場合、食後経過時間が、「3:3.5~10時間未満」、「4:3.5時間未満の場合」、必須です。
- 測定不可能な場合は×を記入します。
- 検査未実施時の理由を記入します。
- 検査を実施した場合、記入します。「対象者」が未記入の場合、原則、「1:検査結果による」を入力します。ただし、心電図検査で、質問票の「その他の既往歴」が「03:不整脈」に該当した場合にのみ、「2:不整脈疑い」で入力します。
- 記入可能な選択肢は1つです。複数回答はできません。

その他

例1：負担区分が定額負担の場合

受診券：基本健診：定額負担 1,000円

詳細健診：定額負担 1,000円

例3：負担区分が保険者上限額の場合

詳細健診：保険者上限額 3,400円

- ・基本部分の負担額について

- ・ 詳細部分の負担額について

また、その他健診時の請求区分には、「7」を記入します。

窓口負担	基本	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限			
		負担額	7	1	5	0	円又は%
	詳細	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限			
		負担額	3	4	0	0	円又は%
		負担額				0	円②
	負担合計額			7	2	0	円-(①+②)
請求区分	2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診					
代行機関 (提出先)	2	1:国保連合会 2:支払基金					

例4：負担区分が保険者上限額の場合

受診券：基本健診：保険者上限額 7,150円

詳細健診：保険者上限額 3,400円

※詳細な検査4つ全てを実施した場合

- ・基本部分の負担額について

基本健診単価 7,870円 - 保険者負担上限額7,150円 = **720円**

- ・ 詳細部分の負担額について

- ・ 詳細部分の負担額について

× 定率負担 30% = 765円

窓口負担	基本	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限			
			7	1	5	0	円又は%
	詳細	負担額		7	2	0	円①
		負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限			
			3	4	0	0	円又は%
		負担額		5	1	0	円②
負担合計額			1	2	3	0	円-(①+②)
請求区分	2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診					
代行機関 (提出先)	2	1:国保連合会 2:支払基金					