

その他

特定健康診査入力原票

実施機関名
実施機関番号
保険者番号
窓口負担
基本負担区分
基本負担額
詳細負担区分
詳細負担額
負担合計額
請求区分
代行機関(提出先)

受診日(西暦)
受診券番号
カナ氏名
生年月日
有効期限(西暦)
郵便番号
住所
被保険者証等

質問票
既往歴
脳血管
心疾患
腎不全
人工透析
貧血
その他の既往歴
自覚症状
服薬
血圧
血糖
脂質
喫煙歴
検査結果
身体計測
身長
体重
腹囲
腹囲測定法
血圧
収縮時血圧
拡張時血圧
血中脂質
空腹時/随時中性脂肪
HDLコレステロール
LDLコレステロール
non-HDLコレステロール
肝機能
AST(GOT)
ALT(GPT)
γ-GT(γ-GTP)
血糖
食後経過時間
空腹時/随時血糖
ヘモグロビンA1c
尿
糖
蛋白
測定不可能・検査未実施の理由
医師の判断
他覚症状
医師の判断
医師名