

後期高齢(当麻町)										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		3	9	0	1	4	5	4	3										
カナ氏名												窓口負担区分		2	1:負担なし 2:定額負担																
												性別		1:男 2:女	負担負担額			5	0	0	円										
生年月日		大正・昭和			年		月		日	請求区分		1	1:基本的な健診																		
有効期限(西暦)		2	0	年		月		日																							
郵便番号												注. 当麻町後期高齢の窓口負担は500円です。																			
住所 *町村から記入してください																															
被保険者証等		記号	<input checked="" type="checkbox"/>	番号																											

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										血中脂質	空腹時/随時中性脂肪	(mg/dl)								
	血糖	1:服薬あり 2:服薬なし											HDLコレステロール	(mg/dl)								
	脂質	1:服薬あり 2:服薬なし											LDLコレステロール	(mg/dl)								
喫煙歴										1:はい 2:以前は吸っていた 3:いいえ												
家族歴 (01-07)																						
										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:+++										
										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																			