

後期高齢(鷹栖町)										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	2	7											
カナ氏名										性別		1:男	窓口負担										負担区分	1	1:負担なし													
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		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 注. 鷹栖町後期高齢の窓口負担はありません。 </div>																				
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	<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										血圧	収縮時血圧	(mmHg)																
	貧血	1:はい 2:いいえ											拡張時血圧	(mmHg)																
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									肝機能	AST(GOT)	(U/l)									
家族歴 (01-07)																				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:+++									
																				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																			