

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	昭和・平成		年		月		日
有効期限(西暦)	2	0	年		月		日
電話番号							
被保険者証等	記号	旭	番号				
	枝番						

実施機関番号								
保険者番号			0	1	0	0	4	1
窓口負担	基本健診	1:負担なし						
	その他健診	1:負担なし						
請求区分	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診 7:35~39歳健診							
注. 旭川市国保の窓口負担はありません。								

質問票							
既往歴	脳血管	1:はい 2:いいえ					
	心疾患	1:はい 2:いいえ					
	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					
	血糖	1:服薬あり 2:服薬なし					
	脂質	1:服薬あり 2:服薬なし					
喫煙歴							
家族歴 (01-07)							

検査結果							
身体計測	身長 (cm)						
	体重 (kg)						
	腹囲 (cm)						
血圧	収縮時血圧 (mmHg)						
	拡張時血圧 (mmHg)						
血中脂質	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)						
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 (%)						

詳細な検査							
貧血	今回実施する理由	3:既往 4:視診等					
	赤血球数 (万/mm ³)						
	血色素量 (g/dl)						
	ヘマトクリット値 (%)						
心電図	当該年度結果に基づき 今回実施する理由	5:基準該当 6:不整脈					
	所見	1:異常所見あり 2:異常所見なし					
	判定区分	1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査					
	具体的な所見 (01-91)						
眼底検査	当該年度結果に基づき 今回実施する理由	5:基準該当					
	シェイエ分類S	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4					
	シェイエ分類H	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4					
	対象者	1:検査結果による 2:不整脈疑い					

尿	糖	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++					
	蛋白	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++					
	潜血	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					
腎機能	血清クレアチニン (mg/dl)						
代謝系	血清尿酸 (mg/dl)						
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							