

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										0 0 0 1 1 1 9 7									
カナ氏名										性別		1:男 2:女		窓口負担		負担区分		1:負担なし		請求区分									
生年月日		昭和		年		月		日		注. 鷹栖町国保の窓口負担はありません。																			
有効期限(西暦)		2		0		年		月												日									
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		鷹		番号		枝番																					

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								腹囲 (cm)									
	貧血		1:はい 2:いいえ								腹囲測定法		1:実測 2:自己測定 3:自己申告							
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)																				
肝機能										AST(GOT) (U/l) 1:1回目 2:2回目 3:その他 (平均値等)										
ALT(GPT) (U/l)																				
γ-GT(γ-GTP) (U/l)																				
詳細な検査										血糖										
貧血	今回実施する理由		3:既往 4:視診等							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 の場合記入不可								
	赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )									空腹時/随時血糖 (mg/dl)		4:3.5時間未満 の場合記入不可								
	血色素量 (g/dl)									ヘモグロビンA1c (%)										
	ヘマトクリット値 (%)									糖		1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++								
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							蛋白		1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++								
	所見		1:異常所見あり 2:異常所見なし							潜血		1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++								
	判定区分		1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査							測定不可能・検査未実施の理由		1:生理中 2:排尿障害								
	具体的な所見 (01-91)									腎機能		血清クレアチニン (mg/dl)								
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							代謝系		血清尿酸 (mg/dl)								
	キースワグナー分類		1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV							医師の判断										
	シエイエ分類S		1:0 2:1 3:2 4:3 5:4							他覚症状 (01-06)										
	シエイエ分類H		1:0 2:1 3:2 4:3 5:4							医師の判断										
	SCOTT分類		1:Ia 2:Ib 3:II 4:IIIa 5:IIIb 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI							1:異常認めず 2:要観察 3:要指導 4:治療中 5:要医療										
	その他の所見									医師名										
対象者		1:検査結果による																		