

特定健康診査入力原票の記入要領

本記入要領は、入力原票の記入に関する共通事項と、各部の説明により構成されています。はじめに「1. 正しい記入の仕方」をお読みのうえ、「2. 記入例(入力原票)」や「3. 記入例(質問票)」で具体的な記入イメージを確認し、各項目の詳細については、「4. 入力原票の記入要領」を参照しながらご記入ください。

※「特定健診データ入出力代行サービス 入力原票記入について留意事項」(別紙)もご覧ください。

※入力原票(および質問票)の取り扱い

入力原票(および質問票)は、実施機関にて必要部数をコピーしてお使いください。
※原本(白紙)が必要となった場合は、旭川市医師会事務局へお問い合わせください。

< 記入要領の構成 >

1. 正しい記入の仕方

各項目の正しい記入方法と記入例を記載しております。

2. 記入例(入力原票)

「入力原票」の記入例を示しております。

3. 記入例(質問票)

入力原票の転記元となる、「質問票」の記入例を示しております。

4. 入力原票の記入要領

各項目の記入要領を、下記グループ毎に説明しております。

- ①受診者情報、基本情報
- ②質問票に関する情報
- ③検査結果に関する情報
- ④詳細な検査に関する情報
- ⑤医師の判断に関する情報
- ⑥代行サービスによる自動入力項目

1. 正しい記入の仕方

ボールペンで枠内にはっきりと記入してください。

番号 実施機関番号、受診券番号

実施機関番号

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

左詰めで記入してください。

金額 窓口負担額

		5	0	0	円
--	--	---	---	---	---

右詰めで記入してください。

日付1 健診年月日、受診券有効期限

健診年月日

2	0	2	6	年	0	6	月	0	1	日
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

西暦で記入し、1桁の箇所は前ゼロで埋めてください。

日付2 生年月日

生年月日

昭和	3	0	年	0	4	月	3	0	日
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

和暦で記入し、1桁の箇所はゼロで埋めてください。

カナ カナ氏名

カナ氏名

ア	サ	ヒ	カ	ワ	ゲ	ン	キ		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

カタカナで、スペースを空けずに記入してください。
濁点・半濁点は、カナと一緒に1マス中に記入してください。

日本語 医師名

医師名

旭	川	一	郎						
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

漢字、ひらがな、カタカナでスペースを空けずに記入してください。ゴム印でも可能です。

コード1 質問票、測定結果等

既往歴	脳血管	1	1. はい 2. いいえ
尿	糖	1	1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++

選択肢より選択し、数字で記入してください。

コード2 その他の既往歴、自覚症状、家族歴、他覚症状

自覚症状

0	4	0	7				
---	---	---	---	--	--	--	--

数字2桁のコードで記入してください。

測定1 検査結果が出た場合

体重 (kg)

		5	8	.	5
--	--	---	---	---	---

※実施扱い

小数点以下まで右詰めで記入してください。

測定2 検査結果が測定不能の場合

AST(GOT) (U/l)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※実施扱い

妊娠などが判明し測定できなかった場合、はじめのマスに「×」を記入してください。

測定3 実施しなかった場合

AST(GOT) (U/l)

--	--	--	--	--	--

※未実施扱い

受診者の都合で実施できなかった場合などは、空欄としてください。
※ただし、必須項目の場合は請求対象から除外されます。

訂正方法

喫煙歴	≠	1: はい 2: いいえ	二重線で訂正し、正しい選択肢を○で囲んでください。
身長 (cm)	168.5	170.0	二重線で訂正し、訂正する項目の近くに記入してください。

2. 記入例(入力原票) - ① (旭川市)

記入例

旭川市										特定健康診査入力原票										実施機関名 旭川特定健診クリニック											
受診日(西暦)					2	0	2	6	年	0	4	月	0	1	日	実施機関番号					0	1	1	2	9	1	0	0	0	0	
受診券番号					2	6	1	3	4	5	6	7	8	9	0	保険者番号					0	0	0	1	0	0	4	1			
カナ氏名										アサヒカワゲンキ					性別		1	1:男 2:女		窓口負担		基本健診		1	1:負担なし		その他健診		X	1:負担なし	
生年月日					昭和	平成	4	0	年	0	4	月	0	5	日	請求区分					2	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									
有効期限(西暦)					2	0	2	7	年	0	3	月	3	1	日	注. 旭川市国保の窓口負担はありません。															
電話番号					0	9	0	-	7	7	7	-	8	8	8																
被保険者証等					記号	旭	番号	1	2	3	4	5	6	7	8											枝番	0	1			

質問票										検査結果										
既往歴	脳血管	1	1:はい 2:いいえ		身体計測	身長 (cm)		1	7	0	2	1:1回目 2:2回目 3:その他 (平均値等)								
	心疾患	1	1:はい 2:いいえ			体重 (kg)		8	2	6										
	腎不全 人工透析	2	1:はい 2:いいえ			腹囲 (cm)		8	7	1										
	貧血	2	1:はい 2:いいえ			収縮時血圧 (mmHg)		1	3	8										
その他の既往歴 (01-11)					0	1	0	4					拡張時血圧 (mmHg)		9	0				
自覚症状 (01-14)					0	4	0	7	0	9				血中脂質	空腹時/随時中性脂肪 (mg/dl)		1	8	5	
服薬	血圧	2	1:服薬あり 2:服薬なし		肝機能	AST(GOT) (U/l)		1	6	血糖	食後経過時間		1	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						
	血糖	2	1:服薬あり 2:服薬なし			ALT(GPT) (U/l)		1	7		空腹時/随時血糖 (mg/dl)			1	0	5				
	脂質	2	1:服薬あり 2:服薬なし			γ-GT(γ-GTP) (U/l)		1	5		ヘモグロビンA1c (%)				5	1				
喫煙歴					1	1:はい 2:以前は吸っていた 3:いいえ		家族歴 (01-07)					0	1	0	4	0	5		
詳細な検査										医師の判断										
貧血	今回実施する理由		3	3:既往 4:視診等		尿	糖	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++		腎機能	血清クレアチニン (mg/dl)		0	8	3				
	赤血球数 (万/mm ³)			4	8		9	蛋白	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++		代謝系	血清尿酸 (mg/dl)		6	5				
	血色素量 (g/dl)				1		5	8	潜血	1			1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++		医師の判断					
	ヘマトクリット値 (%)				4		8	6	測定不可能・検査未実施の理由	1:生理中 2:排尿障害		他覚症状 (01-06)			0	1				
心電図	当該年度結果に基づき 今回実施する理由		6	5:基準該当 6:不整脈		医師の判断										3	1:異常認めず 2:要観察 3:要指導 4:治療中 5:要医療			
	所見		1	1:異常所見あり 2:異常所見なし		医師の判断										旭川 一郎				
	判定区分		1	1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査		医師の判断										旭川 一郎				
	具体的な所見 (01-91)		0	7	8	8	7	3	医師の判断										旭川 一郎	
眼底検査	対象者		2	1:検査結果による 2:不整脈疑い		医師の判断										旭川 一郎				
	当該年度結果に基づき 今回実施する理由		5	5:基準該当		医師の判断										旭川 一郎				
	シェイエ分類S		1	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4		医師の判断										旭川 一郎				
	シェイエ分類H		1	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4		医師の判断										旭川 一郎				
対象者		1	1:検査結果による		医師の判断										旭川 一郎					

2. 記入例(入力原票) - ② (鷹栖町)

記入例

鷹 栖 町										特定健康診査入力原票										実施機関名 旭川特定健診クリニック									
受診日(西暦)		2	0	2	6	年	0	5	月	0	1	日	実施機関番号		0	1	1	2	9	1	0	0	0	0					
受診券番号		2	6	1	3	4	5	6	7	8	9	0	保険者番号		0	0	0	1	1	1	9	7							
カナ氏名		タカスゲンキ										窓口負担負担区分		1	1:負担なし														
												請求区分		2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診														
生年月日		昭和	4	0	年	0	4	月	1	5	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	2	7	年	0	3	月	3	1											日							
郵便番号		0	7	1	-	1	2	9	2																				
住 所 *町村から記入してください		鷹 栖 町 南 1 条 1 丁 目 1 - 1 特 定 コ ー ポ 1 0 1																											
被保険者証等		記号	鷹	番号	1	2	3	4	5	6	7																		
		枝番	0	1																									

質 問 票										検 査 結 果									
既往歴	脳血管	1	1:はい 2:いいえ							身体計測	身長 (cm)		1	7	0	2			
	心疾患	1	1:はい 2:いいえ								体重 (kg)		8	2	6				
	腎不全透析	2	1:はい 2:いいえ								腹囲 (cm)		8	7	1				
	貧血	2	1:はい 2:いいえ								腹囲測定法	1	1:実測 2:自己測定 3:自己申告						
その他の既往歴 (01-11)		0	1	0	4					血 圧	収縮時血圧 (mmHg)		1	3	8				
自覚症状 (01-14)		0	4	0	7	0	9				拡張時血圧 (mmHg)		9	0					
服薬	血 圧	2	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)		1	6	5				
	血 糖	2	1:服薬あり 2:服薬なし								HDLコレステロール (mg/dl)		6	5					
	脂 質	2	1:服薬あり 2:服薬なし								LDLコレステロール (mg/dl)		1	1	0				
喫 煙 歴		1	1:はい 2:以前は吸っていた 3:いいえ							肝機能	AST(GOT) (U/l)		1	6					
家 族 歴 (01-07)		0	1	0	4	0	5				ALT(GPT) (U/l)		1	7					
											γ-GT(γ-GTP) (U/l)		1	5					
詳 細 な 検 査										血 糖	食後経過時間	1	1:10時間以上 3:3.5~10時間未満 4:3.5時間未満						
貧血	今回実施する理由	3	3:既往 4:視診等								空腹時/随時血糖 (mg/dl)		1	0	5				
	赤血球数 (万/mm ³)		4	8	9						ヘモグロビンA1c (%)		5	1					
	血色素量 (g/dl)		1	5	8					尿	糖	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++						
	ヘマトクリット値 (%)		4	8	6						蛋白	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++						
対象者	2	1:検査結果による 2:不整脈疑い							潜血		1	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	6	5:基準該当 6:不整脈							測定不可能・検査未実施の理由		1:生理中 2:排尿障害							
	所 見	1	1:異常所見あり 2:異常所見なし							腎機能	血清クレアチニン (mg/dl)		0	8	3				
	判定区分	1	1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査								代謝系	血清尿酸 (mg/dl)		6	5				
	具体的な所見 (01-91)	0	7	8	8	7	3												
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							医 師 の 判 断									
	キースワグナー分類		1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV							他 覚 症 状 (01-06)	0	1							
	シェイエ分類S		1:0 2:1 3:2 4:3 5:4							医 師 の 判 断	3	1:異常認めず 2:要観察 3:要指導 4:治療中 5:要医療							
	シェイエ分類H		1:0 2:1 3:2 4:3 5:4								医 師 名	鷹 栖 一 郎							
	SCOTT分類		1:Ia 2:Ib 3:II 4:IIIa 5:IIIb 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI																
	その他の所見																		
対象者		1:検査結果による																	

2. 記入例(入力原票) - ③ (比布町)

記入例

比 布 町										特定健康診査入力原票										実施機関名 旭川特定健診クリニック									
受診日(西暦)		2	0	2	6	年	0	6	月	0	1	日	実施機関番号		0	1	1	2	9	1	0	0	0	0					
受診券番号		2	6	1	3	4	5	6	7	8	9	0	保険者番号		0	0	0	1	1	2	2	1							
カナ氏名		ピ ッ プ ゲ ン キ										基本健診 窓口負担		負担区分		2	1:負担なし 2:定額負担												
生年月日		昭和	4	0	年	0	4	月	1	5	日	性別		1	1:男 2:女		負担額		1 0 0 0 円										
有効期限(西暦)		2	0	2	7	年	0	3	月	3	1	日	請求区分		2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診													
郵便番号		0 7 1 - 1 2 9 2																											
住 所 *町村から 記入してください		比 布 町 中 町 1 - 2 - 1 0 特																											
		定 コ - ボ 1 0 1																											
被保険者証等		記号		比	番号		1	2	3	4	5	6	7																
		枝番		0	1																								

質 問 票										検 査 結 果									
既往歴	脳血管	1	1:はい 2:いいえ							身体計測	身長	(cm)	1	7	0	2			
	心疾患	1	1:はい 2:いいえ								体重	(kg)	8	2	6				
	腎不全 人工透析	2	1:はい 2:いいえ								腹囲	(cm)	8	7	1				
	貧血	2	1:はい 2:いいえ								腹囲測定法		1	1:実測 2:自己測定 3:自己申告					
その他の既往歴 (01-11)		0	1	0	4				血 圧	収縮時血圧 (mmHg)	1	3	8	1	1:1回目 2:2回目 3:その他 (平均値等)				
自覚症状 (01-14)		0	4	0	7	0	9		拡張時血圧 (mmHg)	9	0								
服薬	血 圧	2	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)	1	6		5				
	血 糖	2	1:服薬あり 2:服薬なし							HDLコレステロール (mg/dl)	6	5							
	脂 質	2	1:服薬あり 2:服薬なし							LDLコレステロール (mg/dl)	1	1	0						
喫 煙 歴		1	1:はい 2:以前は吸っていた 3:いいえ							肝機能	AST(GOT) (U/l)	1	6						
家 族 歴 (01-07)		0	1	0	4	0	5		ALT(GPT) (U/l)		1	7							
									γ-GT(γ-GTP) (U/l)		1	5							
詳 細 な 検 査										血 糖	食後経過時間	1	1:10時間以上 3:3.5~10時間未満 4:3.5時間未満						
貧血	今回実施する理由	3	3:既往 4:視診等								空腹時/随時血糖 (mg/dl)	1	0	5					
	赤血球数 (万/mm3)	4	8	9					ヘモグロビンA1c (%)		5	1							
	血色素量 (g/dl)	1	5	8					尿	糖	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++							
	ヘマトクリット値 (%)	4	8	6						蛋白	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++							
当該年度結果に基づき 今回実施する理由	6	5:基準該当 6:不整脈								潜血	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++							
心電図	所見	1	1:異常所見あり 2:異常所見なし							測定不可能・検査未実施の理由	1:生理中 2:排尿障害								
	判定区分	1	1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査							腎機能	血清クレアチニン (mg/dl)	0	8	3					
	具体的な所見 (01-91)	0	7	8	8	7	3		代謝系		血清尿酸 (mg/dl)	6	5						
	対象者	2	1:検査結果による 2:不整脈疑い							医 師 の 判 断									
眼底検査	当該年度結果に基づき 今回実施する理由	5	5:基準該当							他 覚 症 状 (01-06)	0	1							
	キースワグナー分類	1	1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV							医 師 の 判 断	3 1:異常認めず 2:要観察 3:要指導 4:治療中 5:要医療								
	シェイエ分類S	1	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4								医 師 名	比 布 一 郎							
	シェイエ分類H	1	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4																
	SCOTT分類		1:Ia 2:Ib 3:II 4:IIIa 5:IIIb 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI																
	その他の所見																		
対象者	1	1:検査結果による																	

2. 記入例(入力原票) - ④ (上川町)

記入例

上川町										特定健康診査入力原票										実施機関名 旭川特定健診クリニック																		
受診日(西暦)		2	0	2	6	年		0	5	月		0	1	日		実施機関番号										0	1	1	2	9	1	0	0	0	0			
受診券番号		2	6	1	3	4	5	6	7	8	9	0	保険者番号										0	0	0	1	1	2	4	7								
カナ氏名		カミカワゲンキ										性別		1	1:男 2:女										窓口負担区分		2	1:負担なし 2:定額負担										
生年月日		昭和	4	0	年		0	4	月		1	5	日		負担額										1	0	0	0	円									
有効期限(西暦)		2	0	2	7	年		0	3	月		3	1	日		注1. 上川町国保の窓口負担は1000円固定です。 注2. 貧血、心電図、眼底検査は全員実施です。 注3. 総コレステロールの検査があります。																						
郵便番号		0	7	1	-	1	2	9	2																													
住所 *町村から記入してください		上川町南1条1丁目1-1																																				
被保険者証等		記号		上川		番号										1	2	3	4	5	6	7	枝番										0	1				

問診票										検査結果																		
既往歴	脳血管	1	1:はい 2:いいえ										身体計測	身長	(cm)	1	7	0	2									
	心疾患	1	1:はい 2:いいえ											体重	(kg)	8	2	6										
	腎不全 人工透析	2	1:はい 2:いいえ											腹囲	(cm)	8	7	1										
	貧血	2	1:はい 2:いいえ											腹囲測定法	1	1:実測 2:自己測定 3:自己申告												
その他の既往歴 (01-11)		0	1	0	4											血圧	収縮時血圧 (mmHg)	1	3	8								
自覚症状 (01-14)		0	4	0	7	0	9											血圧	拡張時血圧 (mmHg)	9	0							
服薬	血圧	2	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)	1	6	5											
	血糖	2	1:服薬あり 2:服薬なし											総コレステロール (mg/dl)	2	0	8											
	脂質	2	1:服薬あり 2:服薬なし											HDLコレステロール (mg/dl)	6	5												
喫煙歴		1	1:はい 2:以前は吸っていた 3:いいえ											LDLコレステロール (mg/dl)	1	1	0											
										nonHDLコレステロール (mg/dl)	1	4		3														
										肝機能	AST(GOT) (U/l)	1	6															
											ALT(GPT) (U/l)	1	7															
											γ-GT(γ-GTP) (U/l)	1	5															
										血糖	食後経過時間	1	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)	1	0	5	4:3.5時間未満の場合記入不可													
											ヘモグロビンA1c (%)	5	1															
										尿	糖	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++															
											蛋白	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++															
											潜血	1	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)	0	8	3														
											eGFR (ml/min/1.73m ²)	6	0	0														
										代謝系	血清尿酸 (mg/dl)	6	5															
										医師の判断																		
貧血		赤血球数 (万/mm ³)	4	8	9											他覚症状 (01-06)	0	1										
		血色素量 (g/dl)	1	5	8											医師の判断	3	1:異常認めず 2:要観察 3:要指導 4:治療中 5:要医療										
		ヘマトクリット値 (%)	4	8	6																							
心電図	所見	1	1:異常所見あり 2:異常所見なし										眼底検査	キースワグナー分類	1	1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV												
	判定区分	1	1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査											シェイエ分類S	1	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4												
	具体的な所見 (01-91)	0	7	8	8	7	3	シェイエ分類H	1	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4																		
		SCOTT分類	1:Ia 2:Ib 3:II 4:IIIa 5:IIIb 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI										医師名										上	川	一	郎		
		その他の所見																										

2. 記入例(入力原票) - ⑤ (大雪地区広域連合)

大雪地区

特定健康診査入力原票

記入例

実施機関名 旭川特定健診クリニック

受診日(西暦)	2	0	2	6	年	0	4	月	0	1	日		
受診券番号	2	6	1	3	4	5	6	7	8	9	0		
カナ氏名	タイセツゲンキ												
生年月日	昭和	4	0	年	0	4	月	1	5	日	性別	1:男 2:女	
有効期限(西暦)	2	0	2	7	年	0	3	月	3	1	日		
郵便番号	0	7	1	-	1	4	2	3					
住所	東川町東町1丁目16-1												
被保険者証等	記号	東川	番号	1	2	3	4	5	6	7	枝番	0	1

実施機関番号	0	1	1	2	9	1	0	0	0	0	
保険者番号	0	0	0	1	1	2	5	4			
窓口負担区分	2	1:負担なし 2:定額負担									
負担額	500円										
請求区分	3	3:基本的な健診+追加健診 4:基本的な健診+追加健診+詳細健診									

注. 大雪地区広域連合の窓口負担は500円固定です。

質問票											
既往歴	脳血管	1	1:はい 2:いいえ								
	心疾患	1	1:はい 2:いいえ								
	腎不全	2	1:はい 2:いいえ								
	貧血	2	1:はい 2:いいえ								
その他の既往歴 (01-11)	0	1	0	4							
自覚症状 (01-14)	0	4	0	7	0	9					
服薬	血圧	2	1:服薬あり 2:服薬なし								
	血糖	2	1:服薬あり 2:服薬なし								
	脂質	2	1:服薬あり 2:服薬なし								
喫煙歴	1	1:はい 2:以前は吸っていた 3:いいえ									
家族歴 (01-07)	0	1	0	4	0	5					
20歳からの体重増加	1	1:はい 2:いいえ									
運動	2	1:はい 2:いいえ									
身体活動	2	1:はい 2:いいえ									
歩く速度	2	1:はい 2:いいえ									
咀嚼	2	1:何でも 2:かみにくい 3:ほとんどかめない									
食べる速度	2	1:速い 2:ふつう 3:遅い									
就寝前の夕食	2	1:はい 2:いいえ									
間食	2	1:毎日 2:時々 3:ほとんど摂取しない									
朝食を抜く	2	1:はい 2:いいえ									
飲酒頻度	7	1:毎日 2:週5~6日 3:週3~4日 4:週1~2日 5:月に1~3日 6:月に1日未満 7:やめた 8:飲まない(飲めない)									
飲酒量	1	1:1合未満 2:1~2合未満 3:2~3合未満 4:3~5合未満合 5:5合以上									
睡眠	2	1:はい 2:いいえ									
生活習慣の改善	1	1:改善するつもりはない 2:概ね6か月以内に改善するつもり 3:概ね1か月以内に改善するつもり 4:既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 5:既に改善に取り組んでいる(6か月以上)									
特定保健指導の受診歴	2	1:はい 2:いいえ									

検査結果												
身体計測	身長 (cm)	1	7	0	2							
	体重 (kg)	8	2	6								
	腹囲 (cm)	8	7	1								
血圧	収縮時血圧 (mmHg)	1	3	8								
	拡張時血圧 (mmHg)	9	0									
血中脂質	空腹時/随時中性脂肪 (mg/dl)	1	6	5								
	HDLコレステロール (mg/dl)	6	5									
	LDLコレステロール (mg/dl)	1	1	0								
肝機能	AST(GOT) (U/l)	1	6									
	ALT(GPT) (U/l)	1	7									
	γ-GT(γ-GTP) (U/l)	1	5									
血糖	食後経過時間	1	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)	1	0	5	4:3.5時間未満の場合記入不可							
	ヘモグロビンA1c (%)	5	1									
尿	糖	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++									
	蛋白	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++									
	潜血	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++									
腎機能	血清クレアチニン (mg/dl)	0	8	3								
	血清尿酸 (mg/dl)	6	5									

詳細検査											
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									
	キーストグナー分類	1:0 2:I 3:IIa 4:IIb									
	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									
	SCOTT分類	1:Ia 2:Ib 3:II 4:IIIa 5:IIIb 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI									
	その他の所見										
対象者	1:検査結果による										

追加検査 ※全員実施											
貧血	赤血球数 (万/mm3)	4	8	9							
	血色素量 (g/dl)	1	5	8							
	ヘマトクリット値 (%)	4	8	6							
	白血球数 (mm3)	6	5	0	0						
	血小板数 (万/mm3)	3	3	※小数点以下は記入不可							
心電図	所見	1	1:異常所見あり 2:異常所見なし								
	判定区分	1	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)	0	7	8	8	7	3				

医師の判断											
他覚症状 (01-06)	0	1									
医師の判断	3	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	東川 一郎										

2. 記入例(入力原票) - ⑥ (当麻町)

記入例

当麻町										特定健康診査入力原票										実施機関名 旭川特定健診クリニック															
受診日(西暦)		2	0	2	6	年	0	6	月	0	1	日	実施機関番号		0	1	1	2	9	1	0	0	0	0	0	保険者番号		0	0	0	1	1	2	1	3
カナ氏名		トウマゲンキ										窓口負担区分		2	1:負担なし 2:定額負担																				
生年月日		昭和	4	0	年	0	4	月	1	5	日	負担額		500円																					
有効期限(西暦)		2	0	2	7	年	0	3	月	3	1	日	請求区分		2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診																			
郵便番号		078-1393										注1. 当麻町国保の窓口負担は500円固定です。																							
住所		当麻町3条東2丁目1番1号																																	
記号		当麻																																	
被保険者証等		番号 1234567 枝番 01																																	
質問票										検査結果																									
既往歴	脳血管	1	1:はい 2:いいえ										身体計測	身長	(cm)	1	7	0	2																
	心疾患	1	1:はい 2:いいえ											体重	(kg)	8	2	6																	
	腎不全 人工透析	2	1:はい 2:いいえ											腹囲	(cm)	8	7	1																	
	貧血	2	1:はい 2:いいえ											収縮時血圧	(mmHg)	1	3	8																	
その他の既往歴 (01-11)		0	1	0	4						拡張時血圧	(mmHg)	9	0	1:1回目 2:2回目 3:その他 (平均値等)																				
自覚症状 (01-14)		0	4	0	7	0	9						血中脂質	空腹時/随時中性脂肪 (mg/dl)		1	6	5																	
服薬	血圧	2	1:服薬あり 2:服薬なし										HDLコレステロール	(mg/dl)		6	5																		
	血糖	2	1:服薬あり 2:服薬なし										LDLコレステロール	(mg/dl)		1	1	0																	
	脂質	2	1:服薬あり 2:服薬なし										肝機能	AST(GOT) (U/l)	1	6																			
喫煙歴		1	1:はい 2:以前は吸っていた 3:いいえ										ALT(GPT) (U/l)	1	7																				
家族歴 (01-07)		0	1	0	4	0	5						γ-GT(γ-GTP) (U/l)	1	5																				
20歳からの体重増加		1	1:はい 2:いいえ										血糖	食後経過時間	1	1:10時間以上 3:3.5~10時間未満 4:3.5時間未満																			
運動		2	1:はい 2:いいえ											空腹時/随時血糖 (mg/dl)	1	0	5	4:3.5時間未満の場合記入不可																	
身体活動		2	1:はい 2:いいえ											ヘモグロビンA1c (NGSP) (%)	5	1																			
歩く速度		2	1:はい 2:いいえ										尿	糖	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++																			
咀嚼		1	1:何でも 2:かみにくい 3:ほとんどかめない											蛋白	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++																			
食べる速度		2	1:速い 2:ふつう 3:遅い											潜血	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++																			
就寝前の夕食		2	1:はい 2:いいえ											測定不可能・検査未実施の理由	1:生理中 2:排尿障害																				
間食		1	1:毎日 2:時々 3:ほとんど摂取しない										腎機能	血清クレアチニン (mg/dl)	0	8	3																		
朝食を抜く		2	1:はい 2:いいえ										代謝系	血清尿酸 (mg/dl)	6	5																			
飲酒頻度		7	1:毎日 2:週5~6日 3:週3~4日 4:週1~2日 5:月に1~3日 6:月に1日未満 7:やめた 8:飲まない(飲めない)										医師の判断																						
飲酒量		1	1:1合未満 2:1~2合未満 3:2~3合未満 4:3~5合未満合 5:5合以上										他覚症状 (01-06)		0	1																			
睡眠		2	1:はい 2:いいえ										医師の判断		3	1:異常認めず 2:要観察 3:要指導 4:治療中 5:要医療																			
生活習慣の改善		1	1:改善するつもりはない 2:概ね6か月以内に改善するつもり 3:概ね1か月に改善するつもり 4:既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 5:既に改善に取り組んでいる(6か月以上)										医師名		当麻 一郎																				
特定保健指導の受診歴		2	1:はい 2:いいえ										詳細な検査																						
貧血	今回実施する理由		3	3:既往 4:視診等							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																					
	赤血球数 (万/mm ³)		4	8	9	キースワグナー分類	1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV																												
	血色素量 (g/dl)		1	5	8	シエイエ分類S	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4																												
	ヘマトクリット値 (%)		4	8	6	シエイエ分類H	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4																												
心電図	当該年度結果に基づき 今回実施する理由		6	5:基準該当 6:不整脈							SCOTT分類	1:Ia 2:Ib 3:II 4:IIIa 5:IIIb 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI																							
	所見		1	1:異常所見あり 2:異常所見なし							その他の所見																								
	判定区分		1	1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査							対象者	1:検査結果による																							
	具体的な所見 (01-91)		0	7	8	8	7	3																											
対象者		2	1:検査結果による 2:不整脈疑い																																

2. 記入例(入力原票) - ⑦(愛別町)

記入例

愛別町										特定健康診査入力原票										実施機関名 旭川特定健診クリニック									
受診日(西暦)	2	0	2	6	年	0	6	月	0	1	日	実施機関番号	0	1	1	2	9	1	0	0	0	0							
受診券番号	2	6	1	3	4	5	6	7	8	9	0	保険者番号	0	0	0	1	1	2	3	9									
カナ氏名	アイベツゲンキ										窓口	負担区分	2	1:負担なし 2:定額負担															
											性別	1	1:男 2:女																
生年月日	昭和	4	0	年	0	4	月	1	5	日	負担	負担額	500円																
有効期限(西暦)	2	0	2	7	年	0	3	月	3	1	日	請求区分	2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診															
郵便番号	078-1393										注1. 愛別町国保の窓口負担は500円固定です。																		
住所	愛別町3条東2丁目11番																												
	1号																												
被保険者証等	記号	愛	番号	1	2	3	4	5	6	7	枝番	0	1																

質問票										検査結果													
既往歴	脳血管	1	1:はい 2:いいえ								身体計測	身長 (cm)	1		7	0	2						
	心疾患	1	1:はい 2:いいえ									体重 (kg)	8		2	6							
	腎不全 人工透析	2	1:はい 2:いいえ									腹囲 (cm)	8		7	1							
	貧血	2	1:はい 2:いいえ									腹囲測定法	1	1:実測 2:自己測定 3:自己申告									
その他の既往歴 (01-11)	0 1 0 4										血圧	収縮時血圧 (mmHg)	1		3	8							
自覚症状 (01-14)	0 4 0 7 0 9											拡張時血圧 (mmHg)	9		0								
服薬	血圧	2	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)	1		6	5							
	血糖	2	1:服薬あり 2:服薬なし									HDLコレステロール (mg/dl)	6		5								
	脂質	2	1:服薬あり 2:服薬なし									LDLコレステロール (mg/dl)	1		1	0							
喫煙歴	1 1:はい 2:以前は吸っていた 3:いいえ										肝機能	AST(GOT) (U/l)	1		6								
家族歴 (01-07)	0 1 0 4 0 5											ALT(GPT) (U/l)	1		7								
												γ-GT(γ-GTP) (U/l)	1		5								
詳細な検査										血糖	食後経過時間	1	1:10時間以上 3:3.5~10時間未満 4:3.5時間未満										
貧血	今回実施する理由	3	3:既往 4:視診等								空腹時/随時血糖 (mg/dl)	1		0	5								
	赤血球数 (万/mm ³)	4		8	9						ヘモグロビンA1c (%)	5		1									
	血色素量 (g/dl)	1		5	8						4:3.5時間未満の場合記入不可												
	ヘマトクリット値 (%)	4		8	6																		
心電図	当該年度結果に基づき 今回実施する理由	6	5:基準該当 6:不整脈								尿	糖	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++									
	所見	1	1:異常所見あり 2:異常所見なし									蛋白	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++									
	判定区分	1	1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査									潜血	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++									
	具体的な所見 (01-91)	0 7 8 8 7 3										測定不可能・検査未実施の理由	1:生理中 2:排尿障害										
眼底検査	当該年度結果に基づき 今回実施する理由	5	5:基準該当								腎機能	血清クレアチニン (mg/dl)	0		8	3							
	キースワグナー分類	1	1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV									代謝系	血清尿酸 (mg/dl)	6		5							
	シェイエ分類S	1	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4								医師の判断												
	シェイエ分類H	1	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4								他覚症状 (01-06)	0 1											
	SCOTT分類	1:Ia 2:Ib 3:II 4:IIIa 5:IIIb 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI										医師の判断	3	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	愛別一郎										
対象者	1 1:検査結果による																						

2. 記入例(入力原票) - ⑧ (その他)

記入例

その他		特定健康診査入力原票										実施機関名 旭川特定健診クリニック														
受診日(西暦)	2	0	2	6	年	0	4	月	0	1	日	実施機関番号	0	1	1	2	9	1	0	0	0	0				
受診券番号	2	6	1	3	4	5	6	7	8	9	0	保険者番号	0	1	0	1	0	0	1	6						
カナ氏名	アサヒカワゲンキ										基本 負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限													
												性別	1	1:男 2:女												
生年月日	昭和	4	0	年	0	4	月	1	5	日	窓口負担	負担額	7	1	5	0	円又は%									
有効期限(西暦)	2	0	2	7	年	0	3	月	3	1		日	負担額	1	0	5	9	円-①								
郵便番号	0	7	0	-	0	0	2	9			詳細 負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限													
住所 *市区町村から記入してください	旭川市金星町1丁目1-5											負担額	3	4	0	0	円又は%									
	0 特定コ-ポ 2 0 1										負担合計額	1	6	7	9	円-(①+②)										
被保険者証等	記号	0	1	3	1	1	2	3	4		請求区分	2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診													
	番号	1	2	3	4	5					代行機関 (提出先)	2	1:国保連合会 2:支払基金													
	枝番	0	1																							

質問票										検査結果																			
既往歴	脳血管	1	1:はい 2:いいえ								身体計測	身長	(cm)	1	7	0	2	1:1回目 2:2回目 3:その他 (平均値等)											
	心疾患	1	1:はい 2:いいえ									体重	(kg)	8	2	6													
	腎不全 人工透析	2	1:はい 2:いいえ									腹囲	(cm)	8	7	1													
	貧血	2	1:はい 2:いいえ									腹囲測定法		1	1:実測 2:自己測定 3:自己申告														
その他の既往歴 (01-11)	0	1	0	4						収縮時血圧	(mmHg)	1	3	8															
自覚症状 (01-14)	0	4	0	7	0	9				拡張時血圧	(mmHg)	9	0																
服薬	血圧	2	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)	1	6	5													
	血糖	2	1:服薬あり 2:服薬なし									HDLコレステロール	(mg/dl)	6	5														
	脂質	2	1:服薬あり 2:服薬なし									LDLコレステロール	(mg/dl)	1	1	0													
喫煙歴	1	1:はい 2:以前は吸っていた 3:いいえ								non-HDLコレステロール		(mg/dl)				中性脂肪が400以上の場合 LDLに代えて報告可													
詳細な検査										肝機能	AST(GOT)	(U/l)	1	6															
貧血	今回実施する理由	3	3:既往 4:視診等								ALT(GPT)	(U/l)	1	7															
	赤血球数 (万/mm ³)		4	8	9						γ-GT(γ-GTP)	(U/l)	1	5															
	血色素量 (g/dl)		1	5	8					血糖	食後経過時間		1	1:10時間以上 3:3.5~10時間未満 4:3.5時間未満															
	ヘマトクリット値 (%)		4	8	6						空腹時/随時血糖	(mg/dl)	1	0	5	4:3.5時間未満 の場合記入不可													
心電図	当該年度結果に基づき 今回実施する理由	6	5:基準該当 6:不整脈								尿	糖		1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++														
	所見	1	1:異常所見あり 2:異常所見なし									蛋白		1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++														
	判定区分	1	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)	0	7	8	8	7	3				医師の判断																		
眼底検査	対象者	2	1:検査結果による 2:不整脈疑い								他覚症状 (01-06)	0	1																
	当該年度結果に基づき 今回実施する理由	5	5:基準該当								医師の判断	3	1:異常認めず 2:要観察 3:要指導 4:治療中 5:要医療																
	キースワグナー分類	1	1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV									医師名	旭	川	一	郎													
	シェイエ分類S	1	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4																										
	シェイエ分類H	1	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4																										
SCOTT分類		1	Ia	2	Ib	3	II	4	IIIa	5	IIIb	6	IV	7	Va	8	Vb	9	VI										
その他の所見																													
腎機能	対象者	1	1:検査結果による																										
	当該年度結果に基づき 今回実施する理由	5	5:基準該当																										
	血清クレアチニン (mg/dl)		0	7	8																								
	eGFR (ml/min/1.73m ²)		8	0	2																								
対象者	1	1:検査結果による																											

2. 記入例(入力原票) - ⑨ 後期高齢(鷹栖町)

記入例

後期高齢(鷹栖町) 特定健康診査入力原票										実施機関名 旭川特定健診クリニック												
受診日(西暦)	2	0	2	6	年	0	5	月	0	1	日	実施機関番号	9	9	1	2	3	4	5	6	7	8
受診券番号	2	6	1	3	4	5	6	7	8	9	0	保険者番号	3	9	0	1	4	5	2	7		
カナ氏名	タカスゲンキ										窓口負担負担区分	1	1:負担なし									
											性別	1	1:男 2:女									
生年月日	大正(昭和)	1	7	年	0	4	月	1	5	日	注. 鷹栖町後期高齢の窓口負担はありません。											
有効期限(西暦)	2	0	2	7	年	0	3	月	3	1												日
郵便番号	0	7	1	-	1	2	9	2														
住所 <small>*町村から記入してください</small>	鷹栖町南1条1丁目1-1 特定コ-ポ101																					
被保険者証等	記号	<input checked="" type="checkbox"/>	番号	1	2	3	4	5	6	7												
質 問 票											検 査 結 果											
既往歴	脳血管	1	1:はい 2:いいえ									身体計測	身長	(cm)	1	7	0	2	1 1:1回目 2:2回目 3:その他 (平均値等)			
	心疾患	1	1:はい 2:いいえ										体重	(kg)	8	2	6					
	腎不全・人工透析	2	1:はい 2:いいえ																			
	貧血	2	1:はい 2:いいえ																			
その他の既往歴 (01-11)	0	1	0	4							血圧	収縮時血圧 (mmHg)	1	3	8							
自覚症状 (01-14)	0	4	0	7	0	9					拡張時血圧 (mmHg)	9	0									
服薬	血圧	2	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)	1	6	5						
	血糖	2	1:服薬あり 2:服薬なし									HDLコレステロール (mg/dl)	6	5								
	脂質	2	1:服薬あり 2:服薬なし									LDLコレステロール (mg/dl)	1	1	0							
喫煙歴	1	1:はい 2:以前は吸っていた 3:いいえ									肝機能	AST(GOT) (U/l)	1	6								
家族歴 (01-07)	0	1	0	4	0	5					ALT(GPT) (U/l)	1	7									
											γ-GT(γ-GTP) (U/l)	1	5									
											血糖	食後経過時間	1	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)	1	0	5	4:3.5時間未満の場合記入不可							
										ヘモグロビンA1c (%)	5	1										
										尿	糖	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++									
											蛋白	1	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)											0	1										
医師の判断											3	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											鷹 栖 一 郎											

2. 記入例(入力原票) - ⑩ 後期高齢(当麻町)

記入例

後期高齢(当麻町) 特定健康診査入力原票										実施機関名 旭川特定健診クリニック																		
受診日(西暦)	2	0	2	6	年	0	6	月	0	1	日	実施機関番号	9	9	1	2	3	4	5	6	7	8						
受診券番号	2	6	1	3	4	5	6	7	8	9	0	保険者番号	3	9	0	1	4	5	4	3								
カナ氏名	トウマゲンキ										窓口負担区分	2		1:負担なし 2:定額負担														
性別	1										負担負担額			500円														
生年月日	大正(昭和)	1	7	年	0	4	月	1	5	日	請求区分	1		1:基本的な健診														
有効期限(西暦)	2	0	2	7	年	0	3	月	3	1	日	注. 当麻町後期高齢の窓口負担は500円です。																
郵便番号	0	7	1	-	1	2	9	2																				
住所	当麻町南1条1丁目1-1 特定コーポ101																											
被保険者証等	記号	X		番号	1	2	3	4	5	6	7																	
質問票												検査結果																
既往歴	脳血管	1	1:はい 2:いいえ										身体計測	身長	(cm)	1	7	0	2									
	心疾患	1	1:はい 2:いいえ											体重	(kg)	8	2	6										
	腎不全・人工透析	2	1:はい 2:いいえ																									
	貧血	2	1:はい 2:いいえ																									
その他の既往歴 (01-11)	0	1	0	4								血圧	収縮時血圧 (mmHg)	1	3	8	1 1:1回目 2:2回目 3:その他 (平均値等)											
自覚症状 (01-14)	0	4	0	7	0	9					拡張時血圧 (mmHg)	9	0															
服薬	血圧	2	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)	1	6		5										
	血糖	2	1:服薬あり 2:服薬なし										HDLコレステロール (mg/dl)	6	5													
	脂質	2	1:服薬あり 2:服薬なし										LDLコレステロール (mg/dl)	1	1	0												
喫煙歴	1	1:はい 2:以前は吸っていた 3:いいえ										肝機能	AST(GOT) (U/l)	1	6													
家族歴 (01-07)	0	1	0	4	0	5					ALT(GPT) (U/l)	1	7															
											γ-GT(γ-GTP) (U/l)	1	5															
	血糖											食後経過時間	1	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)	1	0	5	4:3.5時間未満の場合記入不可												
										ヘモグロビンA1c (%)	5	1																
尿											糖	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++															
											蛋白	1	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)												0	1															
医師の判断												3	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												当麻一郎																

3. 記入例(質問票) - ① (旭川市)

旭川市		特定健康診査質問票		受診日 2026年 4月 1日	
受診券番号	2 6 1 3 4 5 6 7 8 9 0	フリガナ	アサヒカワ ゲンキ	性別	男・女
氏名	旭川 元気	生年月日	昭和・平成 40年 4月 5日		

1. 主な既往歴について伺います。
 これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気について、「はい」か「いいえ」を○で囲んでください。

脳血管	脳卒中	はい	いいえ	心疾患	狭心症	はい	いいえ
	脳出血(脳卒中)	はい	いいえ		心筋梗塞	はい	いいえ
	脳梗塞(脳卒中)	はい	いいえ		心不全	はい	いいえ
	その他の脳血管疾患	はい	いいえ		虚血性心疾患	はい	いいえ
腎不全 人工透析	慢性腎臓病・腎不全	はい	いいえ	その他の心疾患	はい	いいえ	
	人工透析など	はい	いいえ	貧血	はい	いいえ	

2. その他の既往歴について伺います。
 上記以外に、これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気がありましたら、病名右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧	○	05	高尿酸血症		09	胃・十二指腸潰瘍	
02	低血圧		06	腎不全以外の腎疾患		10	うつ	
03	不整脈		07	糖尿病		11	骨粗鬆症	
04	高脂質血症	○	08	肝臓病				

3. 自覚症状について伺います。
 次の症状について、自覚症状がある場合は「はい」を、特にない場合は「いいえ」を○で囲んでください。

01	胸の圧迫感	はい	いいえ	08	めまい・立ちくらみ	はい	いいえ
02	心臓の鼓動が激しい	はい	いいえ	09	いつも調子が悪い	はい	いいえ
03	動悸がする	はい	いいえ	10	おなかが張っている	はい	いいえ
04	息切れがする	はい	いいえ	11	下痢	はい	いいえ
05	不眠	はい	いいえ	12	便秘	はい	いいえ
06	肩こり・腰痛	はい	いいえ	13	下痢と便秘の両方	はい	いいえ
07	手足のしびれ感	はい	いいえ	14	痔の傾向がある	はい	いいえ

4. 服薬の状況について伺います。
 現在、次の薬を使っている場合は「はい」を、使っていない場合は「いいえ」を○で囲んでください。
 また、使っているお薬の名前がわかれば記入してください。

	薬を使っている	薬の名前
血圧を下げる薬	はい	いいえ
インスリン注射や血糖を下げる薬	はい	いいえ
コレステロールを下げる薬	はい	いいえ

5. 喫煙歴について伺います。
 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。該当する回答に○を記入してください。
 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。
 条件1: 最近1か月間吸っている
 条件2: 生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)

1	はい(条件1と条件2を両方満たす)	○
2	以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす)	
3	いいえ(条件1、条件2以外)	

6. 家族歴について伺います。
 血縁関係(父母、兄弟等)で次の病気をお持ちの方がいる場合は、病名右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧	○	05	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	○
02	糖尿病		06	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	
03	脂質異常症(高脂血症)		07	腎臓病	
04	高尿酸血症(痛風)	○			

7. 食後経過時間について伺います。
 最後に食事を摂ってから、どのくらいの時間が経過していますか。
 対象となる経過時間に○を記入してください。

1	10時間以上	○
2	10時間未満	
3	3.5~10時間未満	
4	3.5時間未満	

医師の記入欄 診察 他覚症状 0 1		[他覚症状所見] 01: 眼瞼結膜蒼白(+) 02: 浮腫: 眼瞼(+) 03: 肝臓肥大(+) 04: 浮腫: 下腿(+) 05: 心音不純 06: 不整脈あり	今回詳細な健診を実施する場合の理由と対象者区分 理由 貧血 3: 既往 心電図 6: 不整脈 眼底 5: 基準該当 3: 視診等 6: 不整脈 5: 基準該当 対象者区分 2: 1: 検査結果 2: 不整脈疑い 1: 検査結果 (尿検査)測定不可能・検査未実施の理由 1: 生理中 2: 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する 医師の署名 旭川 一郎
------------------------------------	--	---	---

3. 記入例(質問票)一② (鷹栖町・比布町)

記入例

鷹栖町・比布町		特定健康診査質問票		受診日	
				2026年 5月 1日	
受診券番号	2 6 1 3 4 5 6 7 8 9 0				
フリガナ	タカス ゲンキ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	
氏名	鷹栖 元気			大正昭和 40年 4月 5日	

1. 主な既往歴について伺います。
 これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気について、「はい」か「いいえ」を○で囲んでください。

脳血管	脳卒中	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	心疾患	狭心症	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ			
	脳出血(脳卒中)	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		心筋梗塞	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ			
	脳梗塞(脳卒中)	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		心不全	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ			
	その他の脳血管疾患	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		虚血性心疾患	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ			
腎不全 人工透析	慢性腎臓病・腎不全	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	その他の心疾患	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	貧血	貧血	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	人工透析など	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ							

2. その他の既往歴について伺います。
 上記以外に、これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気がありましたら、病名右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧	<input checked="" type="radio"/>	05	高尿酸血症		09	胃・十二指腸潰瘍	
02	低血圧		06	腎不全以外の腎疾患		10	うつ	
03	不整脈		07	糖尿病		11	骨粗鬆症	
04	高脂質血症	<input checked="" type="radio"/>	08	肝臓病				

3. 自覚症状について伺います。
 次の症状について、自覚症状がある場合は「はい」を、特にない場合は「いいえ」を○で囲んでください。

01	胸の圧迫感	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	08	めまい・立ちくらみ	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
02	心臓の鼓動が激しい	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	09	いつも調子が悪い	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
03	動悸がする	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	10	おなかが張っている	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
04	息切れがする	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	11	下痢	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
05	不眠	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	12	便秘	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
06	肩こり・腰痛	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	13	下痢と便秘の両方	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
07	手足のしびれ感	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	14	痔の傾向がある	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ

4. 服薬の状況について伺います。
 現在、次の薬を使っている場合は「はい」を、使っていない場合は「いいえ」を○で囲んでください。
 また、使っているお薬の名前がわかれば記入してください。

	薬を使っている	薬の名前
血圧を下げる薬	<input checked="" type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
インスリン注射や血糖を下げる薬	<input checked="" type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
コレステロールを下げる薬	<input checked="" type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	

5. 喫煙歴について伺います。
 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。該当する回答に○を記入してください。
 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。
 条件1:最近1か月間吸っている
 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)

1	はい(条件1と条件2を両方満たす)	<input checked="" type="radio"/>
2	以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす)	
3	いいえ(条件1、条件2以外)	

6. 家族歴について伺います。
 血縁関係(父母、兄弟等)で次の病気をお持ちの方がいる場合は、病名右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧	<input checked="" type="radio"/>	05	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	<input checked="" type="radio"/>
02	糖尿病		06	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	
03	脂質異常症(高脂血症)		07	腎臓病	
04	高尿酸血症(痛風)	<input checked="" type="radio"/>			

7. 食後経過時間について伺います。
 最後に食事を摂ってから、どのくらいの時間が経過していますか。
 対象となる経過時間に○を記入してください。

1	10時間以上	<input checked="" type="radio"/>
2	10時間未満	<input checked="" type="radio"/>
3	3.5~10時間未満	
4	3.5時間未満	

医師の記入欄 診察 他覚症状 0 1		【他覚症状所見】 01:眼瞼結膜蒼白(+) 02:浮腫:眼瞼(+) 03:肝臓肥大(+) 04:浮腫:下腿(+) 05:心音不純 06:不整脈あり	今回詳細な健診を実施する場合の理由と対象者区分 理由 貧血 心電図 眼底 3:既往 6:5:基準該当 4:視診等 6:不整脈 5:基準該当 対象者区分 2:1:検査結果 1:検査結果 2:不整脈疑い
		(尿検査)測定不可能・検査未実施の理由 1:生理中 2:腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する	
		医師の署名 鷹栖 一郎	

3. 記入例(質問票)一③(上川町)

記入例

上川町

特定健康診査質問票

受診日 2026年 5月 1日

受診券番号 2 6 1 3 4 5 6 7 8 9 0

フリガナ	カミカワ ゲンキ	性別	男・女	生年月日	
氏名	上川 元氣			昭和 40年 4月 5日	

1. 主な既往歴について伺います。
 これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気について、「はい」か「いいえ」を○で囲んでください。

脳血管	脳卒中	はい	いいえ	心疾患	狭心症	はい	いいえ
	脳出血(脳卒中)	はい	いいえ		心筋梗塞	はい	いいえ
	脳梗塞(脳卒中)	はい	いいえ		心不全	はい	いいえ
	その他の脳血管疾患	はい	いいえ		虚血性心疾患	はい	いいえ
腎不全 人工透析	慢性腎臓病・腎不全	はい	いいえ	その他の心疾患	はい	いいえ	
	人工透析など	はい	いいえ	貧血	はい	いいえ	

2. その他の既往歴について伺います。
 上記以外に、これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気がありましたら、病名右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧	○	05	高尿酸血症		09	胃・十二指腸潰瘍	
02	低血圧		06	腎不全以外の腎疾患		10	うつ	
03	不整脈		07	糖尿病		11	骨粗鬆症	
04	高脂質血症	○	08	肝臓病				

3. 自覚症状について伺います。
 次の症状について、自覚症状がある場合は「はい」を、特にない場合は「いいえ」を○で囲んでください。

01	胸の圧迫感	はい	いいえ	08	めまい・立ちくらみ	はい	いいえ
02	心臓の鼓動が激しい	はい	いいえ	09	いつも調子が悪い	はい	いいえ
03	動悸がする	はい	いいえ	10	おなかが張っている	はい	いいえ
04	息切れがする	はい	いいえ	11	下痢	はい	いいえ
05	不眠	はい	いいえ	12	便秘	はい	いいえ
06	肩こり・腰痛	はい	いいえ	13	下痢と便秘の両方	はい	いいえ
07	手足のしびれ感	はい	いいえ	14	痔の傾向がある	はい	いいえ

4. 服薬の状況について伺います。
 現在、次の薬を使っている場合は「はい」を、使っていない場合は「いいえ」を○で囲んでください。
 また、使っているお薬の名前がわかれば記入してください。

	薬を使っている	薬の名前
血圧を下げる薬	はい	いいえ
インスリン注射や血糖を下げる薬	はい	いいえ
コレステロールを下げる薬	はい	いいえ

5. 喫煙歴について伺います。
 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。該当する回答に○を記入してください。
 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。
 条件1: 最近1か月間吸っている
 条件2: 生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)

1	はい(条件1と条件2を両方満たす)	○
2	以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす)	
3	いいえ(条件1、条件2以外)	

6. 食後経過時間について伺います。
 最後に食事を摂ってから、どのくらいの時間が経過していますか。
 対象となる経過時間に○を記入してください。

1	10時間以上	○
2	10時間未満	
3	3.5~10時間未満	
4	3.5時間未満	

医師の記入欄

診察
 他覚症状
 0 1

[他覚症状所見]
 01: 眼瞼結膜蒼白(+)
 02: 浮腫: 眼瞼(+)
 03: 肝臓肥大(+)
 04: 浮腫: 下腿(+)
 05: 心音不純
 06: 不整脈あり

(尿検査)測定不可能・検査未実施の理由

- 1: 生理中
- 2: 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する

医師の署名 上川 一郎

3. 記入例(質問票)－④ (大雪)

大雪地区

特定健康診査質問票

※質問票は2枚あります。2枚とも記入してください。

受診日
2026年 4月 1日

受診券番号 2 6 1 3 4 5 6 7 8 9 0

フリガナ	タイセツ ゲンキ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日
氏名	大雪 元気			昭和 40年 4月 5日

1. 主な既往歴について伺います。
 これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気について、「はい」か「いいえ」を○で囲んでください。

脳血管	脳卒中	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	心疾患	狭心症	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	脳出血 (脳卒中)	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		心筋梗塞	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	脳梗塞 (脳卒中)	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		心不全	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	その他の脳血管疾患	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		虚血性心疾患	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
腎不全 人工透析	慢性腎臓病・腎不全	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		その他の心疾患	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	人工透析など	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	貧血	貧血	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ

2. その他の既往歴について伺います。
 上記以外に、これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気がありましたら、病名右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧	<input checked="" type="radio"/>	05	高尿酸血症		09	胃・十二指腸潰瘍	
02	低血圧		06	腎不全以外の腎疾患		10	うつ	
03	不整脈		07	糖尿病		11	骨粗鬆症	
04	高脂質血症	<input checked="" type="radio"/>	08	肝臓病				

3. 自覚症状について伺います。
 次の症状について、自覚症状がある場合は「はい」を、特にない場合は「いいえ」を○で囲んでください。

01	胸の圧迫感	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	08	めまい・立ちくらみ	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
02	心臓の鼓動が激しい	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	09	いつも調子が悪い	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
03	動悸がする	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	10	おなかが張っている	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
04	息切れがする	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	11	下痢	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
05	不眠	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	12	便秘	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
06	肩こり・腰痛	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	13	下痢と便秘の両方	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
07	手足のしびれ感	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	14	痔の傾向がある	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ

4. 服薬の状況について伺います。
 現在、次の薬を使っている場合は「はい」を、使っていない場合は「いいえ」を○で囲んでください。
 また、使っているお薬の名前がわかれば記入してください。

	薬を使っている	薬の名前
血圧を下げる薬	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
インスリン注射や血糖を下げる薬	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
コレステロールを下げる薬	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	

5. 喫煙歴について伺います。
 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。該当する回答に○を記入してください。
 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。
 条件1:最近1か月間吸っている
 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)

1	はい (条件1と条件2を両方満たす)	<input checked="" type="radio"/>
2	以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす)	
3	いいえ (条件1、条件2以外)	

6. 家族歴について伺います。
 血縁関係(父母、兄弟等)で次の病気をお持ちの方がいる場合は、病名右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧	<input checked="" type="radio"/>	05	脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	<input checked="" type="radio"/>
02	糖尿病		06	心臓病 (狭心症・心筋梗塞等)	
03	脂質異常症 (高脂血症)		07	腎臓病	
04	高尿酸血症 (痛風)	<input checked="" type="radio"/>			

7. 食後経過時間について伺います。
 最後に食事を摂ってから、どのくらいの時間が経過していますか。
 対象となる経過時間に○を記入してください。

1	10時間以上	
2	10時間未満	<input checked="" type="radio"/>
3	3.5～10時間未満	
4	3.5時間未満	

⇒2枚目へ記入をお願いします。

氏名 大雪 元気

8. 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。
9. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。
10. 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。
11. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。
12. 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。
13. 人と比較して食べる速度が速いですか。
14. 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。
15. 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。
16. 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。
17. お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。
※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者
18. 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。
日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)
焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)
ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)
19. 睡眠で休養が十分とれていますか。
20. 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。

はい いいえ

はい いいえ

はい いいえ

はい いいえ

1	何でも	<input checked="" type="radio"/>
2	かみにくい	
3	ほとんどかめない	

1	速い	
2	ふつう	<input checked="" type="radio"/>
3	遅い	

はい いいえ

1	毎日	
2	時々	
3	ほとんど摂取しない	

はい いいえ

1	毎日	
2	週5～6日	
3	週3～4日	
4	週1～2日	
5	月に1～3日	
6	月に1日未満	
7	やめた	
8	飲まない(飲めない)	<input checked="" type="radio"/>

1	1合未満	<input checked="" type="radio"/>
2	1～2合未満	
3	2～3合未満	
4	3～5合未満	
5	5合以上	

はい いいえ

1	改善するつもりはない	
2	概ね6か月以内に改善するつもりである。	<input checked="" type="radio"/>
3	概ね1か月以内に改善するつもりであり、少しずつ始めている。	
4	既に改善に取り組んでいる(6か月未満)	
5	既に改善に取り組んでいる(6か月以上)	

21. 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。

はい いいえ

医師の記入欄

診察

他覚症状

0 1

[他覚症状所見]

- 01: 眼瞼結膜蒼白(+)
02: 浮腫: 眼瞼(+)
03: 肝臓肥大(+)
04: 浮腫: 下腿(+)
05: 心音不純
06: 不整脈あり

今回詳細な健診を実施する場合の理由と対象者区分

理由	眼底	対象者区分	眼底
		5: 基準該当	1: 検査結果

(尿検査)測定不可能・検査未実施の理由

1: 生理中
 2: 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する

医師の署名 東川 一郎

3. 記入例(質問票)一⑤ (当麻)

No.1

当麻町

特定健康診査質問票

※質問票は2枚あります。2枚とも記入してください。

受診日	2026年 6月 1日
-----	-------------

受診券番号	2 6 1 3 4 5 6 7 8 9 0				
フリガナ	トウマ ゲンキ	性別	男・女	生年月日	昭和 40年 4月 5日
氏名	当麻 元気				

1. 主な既往歴について伺います。
 これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気について、「はい」か「いいえ」を○で囲んでください。

脳血管	脳卒中	はい	いいえ	心疾患	狭心症	はい	いいえ
	脳出血(脳卒中)	はい	いいえ		心筋梗塞	はい	いいえ
	脳梗塞(脳卒中)	はい	いいえ		心不全	はい	いいえ
	その他の脳血管疾患	はい	いいえ		虚血性心疾患	はい	いいえ
腎不全 人工透析	慢性腎臓病・腎不全	はい	いいえ	その他の心疾患	はい	いいえ	
	人工透析など	はい	いいえ	貧血	はい	いいえ	

2. その他の既往歴について伺います。
 上記以外に、これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気がありましたら、病名右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧	○	05	高尿酸血症		09	胃・十二指腸潰瘍	
02	低血圧		06	腎不全以外の腎疾患		10	うつ	
03	不整脈		07	糖尿病		11	骨粗鬆症	
04	高脂質血症	○	08	肝臓病				

3. 自覚症状について伺います。
 次の症状について、自覚症状がある場合は「はい」を、特にない場合は「いいえ」を○で囲んでください。

01	胸の圧迫感	はい	いいえ	08	めまい・立ちくらみ	はい	いいえ
02	心臓の鼓動が激しい	はい	いいえ	09	いつも調子が悪い	はい	いいえ
03	動悸がする	はい	いいえ	10	おなかが張っている	はい	いいえ
04	息切れがする	はい	いいえ	11	下痢	はい	いいえ
05	不眠	はい	いいえ	12	便秘	はい	いいえ
06	肩こり・腰痛	はい	いいえ	13	下痢と便秘の両方	はい	いいえ
07	手足のしびれ感	はい	いいえ	14	痔の傾向がある	はい	いいえ

4. 服薬の状況について伺います。
 現在、次の薬を使っている場合は「はい」を、使っていない場合は「いいえ」を○で囲んでください。
 また、使っているお薬の名前がわかれば記入してください。

	薬を使っている	薬の名前
血圧を下げる薬	はい	いいえ
インスリン注射や血糖を下げる薬	はい	いいえ
コレステロールを下げる薬	はい	いいえ

5. 喫煙歴について伺います。
 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。該当する回答に○を記入してください。
 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。
 条件1:最近1か月間吸っている
 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)

1	はい(条件1と条件2を両方満たす)	○
2	以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす)	
3	いいえ(条件1、条件2以外)	

6. 家族歴について伺います。
 血縁関係(父母、兄弟等)で次の病気をお持ちの方がいる場合は、病名右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧	○	05	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	○
02	糖尿病		06	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	
03	脂質異常症(高脂血症)		07	腎臓病	
04	高尿酸血症(痛風)	○			

7. 食後経過時間について伺います。
 最後に食事を摂ってから、どのくらいの時間が経過していますか。
 対象となる経過時間に○を記入してください。

1	10時間以上	
2	10時間未満	×
3	3.5~10時間未満	
4	3.5時間未満	

⇒2枚目へ記入をお願いします。

氏名 当麻 元気

8. 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。
 9. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。
 10. 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。
 11. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。
 12. 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。

はい	いいえ
----	-----

はい	いいえ
----	-----

はい	いいえ
----	-----

はい	いいえ
----	-----

1	何でも	○
2	かみにくい	
3	ほとんどかめない	

13. 人と比較して食べる速度が速いですか。

1	速い	
2	ふつう	○
3	遅い	

14. 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。

はい	いいえ
----	-----

15. 朝食の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。

1	毎日	○
2	時々	
3	ほとんど摂取しない	

16. 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。

はい	いいえ
----	-----

17. お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。
 ※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者

1	毎日	
2	週5～6日	
3	週3～4日	
4	週1～2日	
5	月に1～3日	
6	月に1日未満	
7	やめた	
8	飲まない(飲めない)	○

18. 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。
 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)
 焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)
 ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)

1	1合未満	○
2	1～2合未満	
3	2～3合未満	
4	3～5合未満	
5	5合以上	

19. 睡眠で休養が十分とれていますか。

はい	いいえ
----	-----

20. 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。

1	改善するつもりはない	
2	概ね6か月以内に改善するつもりである。	○
3	概ね1か月以内に改善するつもりであり、少しずつ始めている。	
4	既に改善に取り組んでいる(6か月未満)	
5	既に改善に取り組んでいる(6か月以上)	

21. 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。

はい	いいえ
----	-----

医師の記入欄

診察

他覚症状

0	1		
---	---	--	--

[他覚症状所見]
 01: 眼瞼結膜蒼白(+)
 02: 浮腫: 眼瞼(+)
 03: 肝臓肥大(+)
 04: 浮腫: 下腿(+)
 05: 心音不純
 06: 不整脈あり

今回詳細な健診を実施する場合の理由と対象者区分

理由 貧血	心電図	眼底
3: 既往 4: 視診等	6: 5: 基準該当 6: 不整脈	5: 基準該当
対象者区分	2: 1: 検査結果 2: 不整脈疑い	1: 検査結果

(尿検査)測定不可能・検査未実施の理由

1: 生理中 2: 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する

医師の署名 当麻 一郎

3. 記入例(質問票) - ⑥ (愛別町)

記入例

愛別町		特定健康診査質問票		受診日	
				2026年 4月 1日	
受診券番号	2 6 1 3 4 5 6 7 8 9 0				
フリガナ	アイベツ ゲンキ	性別	男・女	生年月日	
氏名	愛別 元氣			昭和 40年 4月 5日	

1. 主な既往歴について伺います。
 これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気について、「はい」か「いいえ」を○で囲んでください。

脳血管	脳卒中	はい	いいえ	心疾患	狭心症	はい	いいえ		
	脳出血(脳卒中)	はい	いいえ		心筋梗塞	はい	いいえ		
	脳梗塞(脳卒中)	はい	いいえ		心不全	はい	いいえ		
	その他の脳血管疾患	はい	いいえ		虚血性心疾患	はい	いいえ		
腎不全 人工透析	慢性腎臓病・腎不全	はい	いいえ	その他の心疾患	はい	いいえ	貧血	はい	いいえ
	人工透析など	はい	いいえ						

2. その他の既往歴について伺います。
 上記以外に、これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気がありましたら、病名右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧	○	05	高尿酸血症		09	胃・十二指腸潰瘍	
02	低血圧		06	腎不全以外の腎疾患		10	うつ	
03	不整脈		07	糖尿病		11	骨粗鬆症	
04	高脂質血症	○	08	肝臓病				

3. 自覚症状について伺います。
 次の症状について、自覚症状がある場合は「はい」を、特にない場合は「いいえ」を○で囲んでください。

01	胸の圧迫感	はい	いいえ	08	めまい・立ちくらみ	はい	いいえ
02	心臓の鼓動が激しい	はい	いいえ	09	いつも調子が悪い	はい	いいえ
03	動悸がする	はい	いいえ	10	おなかが張っている	はい	いいえ
04	息切れがする	はい	いいえ	11	下痢	はい	いいえ
05	不眠	はい	いいえ	12	便秘	はい	いいえ
06	肩こり・腰痛	はい	いいえ	13	下痢と便秘の両方	はい	いいえ
07	手足のしびれ感	はい	いいえ	14	痔の傾向がある	はい	いいえ

4. 服薬の状況について伺います。
 現在、次の薬を使っている場合は「はい」を、使っていない場合は「いいえ」を○で囲んでください。
 また、使っているお薬の名前がわかれば記入してください。

	薬を使っている	薬の名前
血圧を下げる薬	はい	いいえ
インスリン注射や血糖を下げる薬	はい	いいえ
コレステロールを下げる薬	はい	いいえ

5. 喫煙歴について伺います。
 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。該当する回答に○を記入してください。
 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。
 条件1:最近1か月間吸っている
 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)

1	はい(条件1と条件2を両方満たす)	○
2	以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす)	
3	いいえ(条件1、条件2以外)	

6. 家族歴について伺います。
 血縁関係(父母、兄弟等)で次の病気をお持ちの方がいる場合は、病名右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧	○	05	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	○
02	糖尿病		06	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	
03	脂質異常症(高脂血症)		07	腎臓病	
04	高尿酸血症(痛風)	○			

7. 食後経過時間について伺います。
 最後に食事を摂ってから、どのくらいの時間が経過していますか。
 対象となる経過時間に○を記入してください。

1	10時間以上	○
2	10時間未満	
3	3.5~10時間未満	
4	3.5時間未満	

医師の記入欄 診察 他覚症状 0 1		[他覚症状所見] 01:眼瞼結膜蒼白(+) 02:浮腫:眼瞼(+) 03:肝臓肥大(+) 04:浮腫:下腿(+) 05:心音不純 06:不整脈あり	今回詳細な健診を実施する場合の理由と対象者区分 理由 貧血 3:既往 心電図 5:基準該当 眼底 5:基準該当 4:視診等 6:不整脈 6:不整脈 対象者区分 2:1:検査結果 1:検査結果 2:不整脈疑い
		(尿検査)測定不可能・検査未実施の理由 1:生理中 2:腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する	
		医師の署名	

3. 記入例(質問票)－⑦(その他)

記入例

その他

特定健康診査質問票

受診日 2026年 4月 1日

受診券番号 2 6 1 3 4 5 6 7 8 9 0

フリガナ	アサヒカワ ゲンキ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	昭和 40年 4月 5日
氏名	旭川 元気				

1. 主な既往歴について伺います。
 これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気について、「はい」か「いいえ」を○で囲んでください。

脳血管	脳卒中	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	心疾患	狭心症	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	脳出血(脳卒中)	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		心筋梗塞	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	脳梗塞(脳卒中)	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		心不全	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	その他の脳血管疾患	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		虚血性心疾患	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
腎不全 人工透析	慢性腎臓病・腎不全	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	その他の心疾患	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
	人工透析など	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	貧血	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	

2. その他の既往歴について伺います。
 上記以外に、これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気がありましたら、病名右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧	<input checked="" type="radio"/>	05	高尿酸血症		09	胃・十二指腸潰瘍	
02	低血圧		06	腎不全以外の腎疾患		10	うつ	
03	不整脈		07	糖尿病		11	骨粗鬆症	
04	高脂質血症	<input checked="" type="radio"/>	08	肝臓病				

3. 自覚症状について伺います。
 次の症状について、自覚症状がある場合は「はい」を、特にない場合は「いいえ」を○で囲んでください。

01	胸の圧迫感	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	08	めまい・立ちくらみ	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
02	心臓の鼓動が激しい	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	09	いつも調子が悪い	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
03	動悸がする	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	10	おなかが張っている	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
04	息切れがする	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	11	下痢	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
05	不眠	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	12	便秘	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
06	肩こり・腰痛	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	13	下痢と便秘の両方	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
07	手足のしびれ感	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	14	痔の傾向がある	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ

4. 服薬の状況について伺います。
 現在、次の薬を使っている場合は「はい」を、使っていない場合は「いいえ」を○で囲んでください。
 また、使っているお薬の名前がわかれば記入してください。

	薬を使っている	薬の名前
血圧を下げる薬	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
インスリン注射や血糖を下げる薬	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
コレステロールを下げる薬	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	

5. 喫煙歴について伺います。
 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。該当する回答に○を記入してください。
 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。)

条件1:最近1か月間吸っている

条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている

1	はい(条件1と条件2を両方満たす)	<input checked="" type="radio"/>
2	以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす)	
3	いいえ(条件1、条件2以外)	

6. 食後経過時間について伺います。
 最後に食事を摂ってから、どのくらいの時間が経過していますか。
 対象となる経過時間に○を記入してください。

1	10時間以上	<input checked="" type="radio"/>
2	10時間未満	<input checked="" type="radio"/>
3	3.5～10時間未満	
4	3.5時間未満	

医師の記入欄

診察

他覚症状

0 1

【他覚症状所見】

- 01:眼瞼結膜蒼白(+)
- 02:浮腫:眼瞼(+)
- 03:肝臓肥大(+)
- 04:浮腫:下腿(+)
- 05:心音不純
- 06:不整脈あり

(尿検査)測定不可能・検査未実施の理由

- 1:生理中
- 2:腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する

医師の署名 旭川 一郎

今回詳細な健診を実施する場合は理由と対象者区分

理由	貧血	心電図
	<input checked="" type="radio"/> 3 3:既往 4:視診等	<input checked="" type="radio"/> 6 5:基準該当 6:不整脈
	眼底	血清クレアチニン
	<input checked="" type="radio"/> 5 5:基準該当	<input checked="" type="radio"/> 5 5:基準該当
対象者区分		心電図
		<input checked="" type="radio"/> 2 1:検査結果 2:不整脈疑い
	眼底	血清クレアチニン
	<input checked="" type="radio"/> 1 1:検査結果	<input checked="" type="radio"/> 1 1:検査結果

3. 記入例(質問票)一⑧(後期高齢(鷹栖町・当麻町))

記入例

後期高齢(鷹栖町・当麻町)

特定健康診査質問票

受診日 2026年 5月 1日

受診券番号 2 6 1 3 4 5 6 7 8 9 0

フリガナ	タカス ゲンキ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	大正(昭和) 20年 4月 5日
氏名	鷹栖 元気				

1. 主な既往歴について伺います。
 これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気について、「はい」か「いいえ」を○で囲んでください。

脳血管	脳卒中	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	心疾患	狭心症	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	脳出血(脳卒中)	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		心筋梗塞	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	脳梗塞(脳卒中)	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		心不全	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	その他の脳血管疾患	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		虚血性心疾患	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
腎不全 人工透析	慢性腎臓病・腎不全	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	その他の心疾患	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
	人工透析など	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	貧血	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	

2. その他の既往歴について伺います。
 上記以外に、これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気がありましたら、病名右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧	<input type="radio"/>	05	高尿酸血症	<input type="radio"/>	09	胃・十二指腸潰瘍	<input type="radio"/>
02	低血圧	<input type="radio"/>	06	腎不全以外の腎疾患	<input type="radio"/>	10	うつ	<input type="radio"/>
03	不整脈	<input type="radio"/>	07	糖尿病	<input type="radio"/>	11	骨粗鬆症	<input type="radio"/>
04	高脂質血症	<input type="radio"/>	08	肝臓病	<input type="radio"/>			

3. 自覚症状について伺います。
 次の症状について、自覚症状がある場合は「はい」を、特にない場合は「いいえ」を○で囲んでください。

01	胸の圧迫感	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	08	めまい・立ちくらみ	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
02	心臓の鼓動が激しい	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	09	いつも調子が悪い	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
03	動悸がする	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	10	おなかが張っている	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
04	息切れがする	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	11	下痢	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
05	不眠	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	12	便秘	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
06	肩こり・腰痛	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	13	下痢と便秘の両方	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
07	手足のしびれ感	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	14	痔の傾向がある	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ

4. 服薬の状況について伺います。
 現在、次の薬を使っている場合は「はい」を、使っていない場合は「いいえ」を○で囲んでください。
 また、使っているお薬の名前がわかれば記入してください。

	薬を使っている		薬の名前
血圧を下げる薬	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
インスリン注射や血糖を下げる薬	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
コレステロールを下げる薬	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	

5. 喫煙歴について伺います。
 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。該当する回答に○を記入してください。
 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。
 条件1:最近1か月間吸っている
 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)

1	はい(条件1と条件2を両方満たす)	<input type="radio"/>
2	以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす)	<input type="radio"/>
3	いいえ(条件1、条件2以外)	<input checked="" type="radio"/>

6. 家族歴について伺います。
 血縁関係(父母、兄弟等)で次の病気をお持ちの方がいる場合は、病名右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧	<input checked="" type="radio"/>	05	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	<input type="radio"/>
02	糖尿病	<input type="radio"/>	06	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	<input type="radio"/>
03	脂質異常症(高脂血症)	<input type="radio"/>	07	腎臓病	<input type="radio"/>
04	高尿酸血症(痛風)	<input checked="" type="radio"/>			

7. 食後経過時間について伺います。
 最後に食事を摂ってから、どのくらいの時間が経過していますか。
 対象となる経過時間に○を記入してください。

1	10時間以上	<input type="radio"/>
2	10時間未満	<input checked="" type="radio"/>
3	3.5~10時間未満	<input type="radio"/>
4	3.5時間未満	<input type="radio"/>

<p>医師の記入欄</p> <p>診察</p> <p>他覚症状</p> <p>0 1</p>	<p>[他覚症状所見]</p> <p>01:眼瞼結膜蒼白(+)</p> <p>02:浮腫:眼瞼(+)</p> <p>03:肝臓肥大(+)</p> <p>04:浮腫:下腿(+)</p> <p>05:心音不純</p> <p>06:不整脈あり</p>	<p>(尿検査)測定不可能・検査未実施の理由</p> <p><input type="checkbox"/> 1:生理中</p> <p><input type="checkbox"/> 2:腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する</p> <p>医師の署名 鷹栖 一郎</p>
---	--	--

4. 入力原票の記入要領

①受診者情報、基本情報

主に受診券より、必要情報を転記してください。

記入項目		転記元	記入方法	
受診日(西暦)			健診実施日を西暦で記入。 月日が1桁のときは、前ゼロで埋めてください。	
受診券番号		受診券		
カナ氏名		受診券	姓と名の間スペースを空けずに記入。 濁点・半濁点は、カナと一緒に1マス中に記入。	
性別		受診券	「1:男、2:女」を選択し、数字で記入。	
生年月日		受診券	生年月日を和暦(昭和)で記入。 年月日が1桁のときは、前ゼロで埋めてください。 ※旭川市の場合、昭和・平成のいずれかを選択。 ※鷹栖町・当麻町 後期高齢の場合、大正・昭和のいずれかを選択。	
有効期限(西暦)		受診券	有効期限を西暦で記入。 月日が1桁のときは、前ゼロで埋めてください。	
電話番号 (旭川市国保のみ)		受診券-裏面	電話番号を”-”で区切って左詰めで記入。(例0166-12-3456)	
郵便番号 (旭川市国保以外)		受診券-裏面	郵便番号を記入。	
住所 (旭川市国保以外)		受診券-裏面	住所を左詰めで、市区町村名からスペースを空けずに記入。	
被保険者証等 記号・番号・枝番		被保険者証	被保険者証より、記号・番号をそれぞれ左詰めで記入。 枝番は記載があるときのみ記入。 ※協会けんぽについては別紙「協会けんぽ受診者の「その他」原票への記入について」を参照	
実施機関番号			健診実施機関番号を左詰めで記入。	
保険者番号	旭川市国保の場合	受診券	一般の場合は、上位2桁に「00」を記入。 退職者の場合は、「67」を記入。	
	大雪地区/その他の場合		保険者番号を右詰めで記入。 不足桁は、前ゼロで埋めてください。	
窓口負担 (旭川市国保の場合)	基本健診	負担区分	受診券	基本健診分の負担区分を「1:負担なし、2:定額負担」から選択し、数字で記入。実施対象外のときは「×」を記入。
		負担額	受診券	基本健診分の窓口負担額を記入。
	その他健診	負担区分	受診券	その他健診分(35-39健診等)の負担区分を「1:負担なし、2:定額負担」から選択し、数字で記入。実施対象外のときは「×」を記入。
		負担額	受診券	その他健診分(35-39健診等)の窓口負担額を記入。
基本健診窓口負担 (比布町の場合)		負担区分	受診券	負担区分を「1:負担なし、2:定額負担」から選択し、数字で記入。
		負担額	受診券	窓口負担額を記入。
窓口負担 (その他の場合)	基本	負担区分	受診券	基本健診分の負担区分を「1:負担なし、2:定額負担、3:定率負担、4:保険者負担上限」から選択し、1桁のマスに数字で記入。 実施対象外のときは、1桁のマスに「×」を記入。 負担区分が「2:定額負担」または「4:保険者負担上限」の場合はその額を、「3:定率負担」の場合は負担率を、5桁のマスに右詰めで記入。
		負担額 -①	受診券	基本健診分の窓口負担額を記入。 負担区分が「1:負担なし」の場合は「0」を、「2:定額負担」の場合はその額を、「3:定率負担」の場合は契約単価に負担率を掛けた額を、「4:保険者負担上限額」の場合は契約単価より保険者負担上限額を差し引いた額を、右詰めで記入。(負担額-①)
	詳細	負担区分	受診券	詳細健診分の負担区分を「1:負担なし、2:定額負担、3:定率負担、4:保険者負担上限」から選択し、1桁のマスに数字で記入。 実施対象外のときは、1桁のマスに「×」を記入。 負担区分が「2:定額負担」または「4:保険者負担上限」の場合はその額を、「3:定率負担」の場合は負担率を、5桁のマスに右詰めで記入。
		負担額 -②	受診券	実施した詳細健診分の窓口負担合計額を記入。 負担区分が「1:負担なし」の場合は「0」を、「2:定額負担」の場合はその額を、「3:定率負担」の場合は契約単価に負担率を掛けた額を、「4:保険者負担上限額」の場合は契約単価より保険者負担上限額を差し引いた額を、右詰めで記入。(負担額-②)
	負担合計額		計算	基本健診分の負担額(-①)と、詳細健診分の負担額(-②)を合算した額を右詰めで記入。 ※協会けんぽについては別紙「協会けんぽ受診者の「その他」原票への記入について」を参照
請求区分			同時に実施する健診の組み合わせを数字で記入。	
代行機関(提出先) (その他のみ)		受診券	受診券に記載されている「支払代行機関名」により、「1:国保連合会、2:支払基金」を選択し、数字で記入。	

②質問票に関する情報

受診者の記載した質問票より、必要事項を転記してください。

記入項目		転記元	記入方法
既往歴	脳血管	質問票－質問1.	「脳血管」4項目のうち、1つでも「はい」があれば「1」を、すべて「いいえ」であれば「2」を記入。
	心疾患	質問票－質問1.	「心疾患」5項目のうち、1つでも「はい」があれば「1」を、すべて「いいえ」であれば「2」を記入。
	腎不全・人工透析	質問票－質問1.	「腎不全・人工透析」2項目のうち、1つでも「はい」があれば「1」を、すべて「いいえ」であれば「2」を記入。
	貧血	質問票－質問1.	「貧血」が、「はい」であれば「1」を、「いいえ」であれば「2」を記入。
その他の既往歴		質問票－質問2.	01から11までの病名について、○の記入があれば、最大5つまで、その番号を数字2桁で記入。(例 高血圧であれば「01」)
自覚症状		質問票－質問3.	01から14までの症状について、「はい」があれば、最大5つまで、その番号を数字2桁で記入。(例 不眠であれば「05」)
服薬	血圧	質問票－質問4.	「薬を使っている」欄が、「はい」であれば「1」を記入、「いいえ」であれば「2」を記入。
	血糖		
	脂質		
喫煙歴		質問票－質問5.	喫煙歴が、「はい」であれば「1」を、以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない場合は「2」を、「いいえ」であれば「3」を記入。
家族歴 (上川町、その他以外)		質問票－質問6.	01から07までの病名について、○の記入があれば、最大7つまで、その番号を数字2桁で記入。(例 糖尿病であれば「02」)

以下の質問項目は、「大雪地区」、「当麻町」のみとなります。**必ず記入します。**

記入項目		転記元	記入方法
20歳からの体重増加		質問票－質問8.	「20歳の時の体重から10kg以上増加していますか」が、「はい」であれば「1」を、「いいえ」であれば「2」を記入。
運動		質問票－質問9.	「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか」が、「はい」であれば「1」を、「いいえ」であれば「2」を記入。
身体活動		質問票－質問10.	「日常生活において歩行または同様の身体活動を1日1時間以上実施していますか」が、「はい」であれば「1」を、「いいえ」であれば「2」を記入。
歩く速度		質問票－質問11.	「人と比較して食べる速度が速いですか」が、「はい」であれば「1」を、「いいえ」であれば「2」を記入。
咀嚼		質問票－質問12.	食事をかんで食べる時の状態について、○の記入がある番号を数字1桁で記入。
食べる速度		質問票－質問13.	「人と比較して食べる速度が速いですか」について、○の記入がある番号を数字1桁で記入。
就寝前の夕食		質問票－質問14.	「就寝前の2時間以内に夕食をとることがありますか。」が、「はい」であれば「1」を、「いいえ」であれば「2」を記入。
間食		質問票－質問15.	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取について、○の記入がある番号を数字1桁で記入。
朝食を抜く		質問票－質問16.	「朝食を抜くことが週3回以上ありますか」が、「はい」であれば「1」を、「いいえ」であれば「2」を記入。
飲酒頻度		質問票－質問17.	お酒を飲む頻度について、○の記入がある番号を数字1桁で記入。
飲酒量		質問票－質問18.	1日あたりの飲酒量について、○の記入がある番号を数字1桁で記入。
睡眠		質問票－質問19.	「睡眠で休養が十分とれていますか」が、「はい」であれば「1」を、「いいえ」であれば「2」を記入。
生活習慣の改善		質問票－質問20.	生活習慣を改善について、○の記入がある番号を数字1桁で記入。
保健指導の受診歴		質問票－質問21.	「生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。」が、「はい」であれば「1」を、「いいえ」であれば「2」を記入。

③検査結果に関する情報

検査結果を直接記入、あるいは結果伝票等から転記してください。

記入項目		転記元	記入方法
身体計測	身長、体重、腹囲		身長、体重、腹囲の測定結果を記入。
	腹囲測定法 (鷹栖町/比布町/上川町/愛別町/その他のみ)		「1:実測、2:自己測定、3:自己申告」を必ず記入。
血圧	収縮時血圧、拡張時血圧		血圧の測定結果を記入。
	測定方法		「1:1回目、2:2回目、3:その他(平均値等)」を必ず記入。
血中脂質	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		検査結果を記入。 「その他」の入力原票の場合は、LDLコレステロール、non-HDLコレステロールのどちらかを記入します。
肝機能	GOT、GPT、 γ -GT		検査結果を記入。
血糖	食後経過時間	質問票-質問7.	「1:10時間以上、3. 5~10時間未満、4. 3. 5時間未満」を必ず記入。
	空腹時/随時血糖、ヘモグロビンA1c		実施した検査について、検査結果を記入。 ※市町村国保系は両方実施
尿	糖、蛋白、潜血*1		「1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++」を選択し、数字で記入。 (潜血は実施した場合のみ記入)
	測定不可能・検査未実施の理由	質問票-医師記入欄	検査が実施できなかった場合に、「1:生理中2:排尿障害」を選択し、記
腎機能	血清クレアチニン*2		実施した場合に、検査結果を記入。
代謝系	血清尿酸*1		実施した場合に、検査結果を記入。

*1 「旭川市国保」、「鷹栖町」、「比布町」、「上川町」、「大雪地区」、「当麻町」、「愛別町」は必須検査です。

*2 「旭川市国保」、「鷹栖町」、「比布町」、「上川町」、「大雪地区」、「当麻町」、「愛別町」は必須検査ですが、「その他」の場合は、詳細検査となります。

④詳細な検査に関する情報

※この情報は、医師の判断等により「詳細な健診」を実施する場合のみ記入します。

(「詳細な健診」を実施しない場合はすべて空欄のまま)

検査結果を直接記入、あるいは結果伝票、質問票等から転記してください。

記入項目		転記元	記入方法
貧血	今回実施する理由	質問票-医師の記入欄	「3:既往 4:視診等」のいずれかで記入。
	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値		検査結果を記入。
血液	白血球数、血小板数		検査結果を記入。 ※「大雪地区」のみ実施
心電図	当該年度結果に基づき今回実施する理由	質問票-医師の記入欄	「5:基準該当 6:不整脈」のいずれかで記入。
	所見		「1:異常所見あり、2:異常所見なし」を選択し記入。
	判定区分		「1:軽度異常、2:異常、3:要観察、4:要精密検査」を選択し記入。
	具体的な所見	心電図検査所見コード一覧	具体的な所見がある場合は、「(別紙)心電図検査所見コード」一覧より最大3つまで選択し記入。
対象者	質問票-医師の記入欄	「1:検査結果による、2:不整脈疑い」のいずれかで記入。	
眼底検査	当該年度結果に基づき今回実施する理由	質問票-医師の記入欄	「5:基準該当」で記入。
	キースワグナー分類		「1:0、2:Ⅰ、3:Ⅱa、4:Ⅱb、5:Ⅲ、6:Ⅳ」を選択し、先頭の数字を記入。
	シェイエエ分類S		「1:0、2:1、3:2、4:3、5:4」を選択し、先頭の数字を記入。
	シェイエエ分類H		「1:0、2:1、3:2、4:3、5:4」を選択し、先頭の数字を記入。
	SCOTT分類		「1:Ⅰa、2:Ⅰb、3:Ⅱ、4:Ⅲa、5:Ⅲb、6:Ⅳ、7:Ⅴa、8:Ⅴb、9:Ⅵ」を選択し、先頭の数字を記入。 ※異常なしの場合は、「その他の所見」に「SCOTT異常なし」を記入。
	その他の所見		その他の所見があれば、10文字以内で記入。
対象者	質問票-医師の記入欄	「1:検査結果による」で記入。	
クレアチニン	当該年度結果に基づき今回実施する理由	質問票-医師の記入欄	「5:基準該当」で記入。
	血清クレアチニン		検査結果を記入。
	eGFR		検査結果を記入。
	対象者	質問票-医師の記入欄	「1:検査結果による」で記入。

*「上川町」は、貧血、心電図、眼底検査が必須検査です。「大雪地区」は、貧血、血液、心電図が必須検査です。

⑤医師の判断に関する情報

医師の判断等を直接記入、あるいは質問票から転記してください。

記入項目	転記元	記入方法
他覚症状	質問票－ 医師の記入欄	「01:眼瞼結膜蒼白(+)、02:浮腫:眼瞼(+)、03:肝臓肥大(+)、04:浮腫:下腿(+)、05:心音不純、06:不整脈あり」のうち、該当症状があれば、最大3つまで、その番号を数字2桁で記入。
医師の判断		健診結果を総合的に判断し、「1:異常認めず、2:要観察、3:要指導、4:治療中、5:要医療」を選択し記入。
医師名		医師の判断を行った医師名を記入。(ゴム印でも可)

⑥代行サービスによる自動入力項目

以下の項目につきましては、入力原票に記入欄がありません。

計算等により自動的に求められるものですので、代行サービス側で自動入力し、提出用データならびに結果通知表へ反映いたします。

記入項目	計算式等
BMI	体重÷(身長 _(m) の2乗)
メタボリックシンドローム判定	厚生労働省が示すメタボリックシンドローム判定の条件ルールに従い、「該当者」・「予備群」・「非該当」・「判定不能」のいずれかに分類。

<参考>

協会けんぽ受診者の「その他」原票への記入について

※窓口負担

協会けんぽ被扶養者受診時の、窓口負担の正しい記入方法は、以下のとおりです。

(1) 基本検査のみ実施の場合

窓口負担	基本	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限			
		負担額	7	1	5	0	円又は%
	詳細	負担区分	X	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限			
		負担額					円又は%
	負担合計額		1	0	5	9	円-(①+②)

(2) 詳細な検査を1～2種類実施の場合

窓口負担	基本	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限			
		負担額	7	1	5	0	円又は%
	詳細	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限			
		負担額	3	4	0	0	円又は%
	負担合計額		1	0	5	9	円-(①+②)

(3) 詳細な検査をすべて実施の場合

窓口負担	基本	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限			
		負担額	7	1	5	0	円又は%
	詳細	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限			
		負担額	3	4	0	0	円又は%
	負担合計額		1	6	7	9	円-(①+②)

※保険者番号と被保険者証等の記号・番号

協会けんぽ被扶養者受診時の、保険者番号と被保険者証等の記号・番号・枝番は、**受診券に記載されている記号・番号・枝番を記入します。**

例: 保険者番号 0 1 0 1 0 0 1 6

被保険者証等	記号	0	1	3	1	1	2	3	4		
	番号	1	2	3	4	5					
	枝番	0	1								

※7桁または8桁になります

※受診券に記載されているときのみ記入します