

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---------------|------------|----|---|----|------------|-------------------------|---|----------------------------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | 窓口負担 | 区分 | 2 | 1:負担なし 2:定額負担 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 性別 | 1:男 2:女 | 負担額 | | 5 | 0 | 0 | 円 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 | | 年 | | 月 | | 請求区分 | | 1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診 | | | | | | | | | | | | |
| 有効期限(西暦) | 2 | 0 | 年 | | 月 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 郵便番号 | | | — | | | | 注. 鷹栖町国保の窓口負担は500円固定です。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 血圧 | 収縮時血圧 (mmHg) | | |
| 自覚症状 | | | | | 拡張時血圧 (mmHg) | | |
| 服薬 | 血圧 | 1:服薬あり 2:服薬なし | | 血中脂質 | 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 | | | | 肝機能 | GOT (AST) (U/I) | | |
| 家族歴 | | | | | GPT (ALT) (U/I) | | |
| | | | | | γ-GT (γ-GTP) (U/I) | | |
| 詳細な検査 | | | | 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 | |
| 貧血 | 今回実施する理由 | 3:既往 4:視診等 | | | 空腹時/随時血糖 (mg/dl) | 4:3.5時間未満の場合記入不可 | |
| | 赤血球数 (万/mm ³) | | | | ヘモグロビンA1c (%) | | |
| | 血色素量 (g/dl) | | | 尿 | 糖 | 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++ | |
| ヘマトクリット値 (%) | | | 蛋白 | | 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 | | 潜血 | 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++ | | |
| | 所見 | 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) | | |
| | 判定区分 | 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) | | |
| | 具体的な所見 | | | 医師の判断 | | | |
| 対象者 | 1:検査結果による 2:不整脈疑い | | | | | | |
| 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 | | | |
| | シェイエ分類S | 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4 | | 医師の判断 | | | |
| | シェイエ分類H | 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4 | | 1:異常認めず 2:要観察 3:要指導 4:治療中 5:要医療 | | | |
| | SCOTT分類 | 1:Ia 2:Ib 3:II 4:IIIa 5:IIIb 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI | | 医師名 | | | |
| | その他の所見 | | | | | | |
| 対象者 | 1:検査結果による | | | | | | |