

比布町										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					保険者番号					0	0	0	1	1	2	2	1
受診券番号										性別					1:男	2:女	基本健診					負担区分					1:負担なし 2:定額負担						
カナ氏名										性別					1:男	2:女	窓口負担					負担額					円						
生年月日					昭和	年			月			日			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			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	比	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																						
自覚症状																						
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										1:はい 2:いいえ												
家族歴																						
肝機能										GOT(AST) (U/I)												
										GPT(ALT) (U/I)												
										γ-GT(γ-GTP) (U/I)												
詳細な検査																						
貧血	今回実施する理由					3:既往 4:視診等					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									
	赤血球数 (万/mm ³)											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 (%)											尿	糖	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++								
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:+++											
心電図	判定区分					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)										
	具体的な所見											代謝系	血清尿酸 (mg/dl)									
	対象者					1:検査結果による 2:不整脈疑い							医師の判断									
	当該年度結果に基づき今回実施する理由					5:基準該当							他覚症状									
眼底検査	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											
	シェイエ分類S					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											
	シェイエ分類H					1:0 2:1 3:2 4:3 5:4					医師名											
	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																	