

鷹栖町後期高齢										特定健康診査入力原票										実施機関名																											
受診日(西暦)		20		年		月		日		実施機関番号																																					
受診券番号										保険者番号										39014527																											
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		500円																																	
生年月日										昭和		年		月		日		請求区分		1 1:基本的な健診																											
有効期限(西暦)										20		年		月		日		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 注. 鷹栖町後期高齢の窓口負担は500円固定です。 </div>																													
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		X		番号																																	

質 問 票										検 査 結 果																			
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																													
自覚症状																													
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										1:はい 2:いいえ																			
家族歴																													
										身体計測	身長 (cm)																		
											体重 (kg)																		
										血圧	収縮時血圧 (mmHg)																		
											拡張時血圧 (mmHg)																		
										血中脂質	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	GOT (AST) (U/I)																		
											GPT (ALT) (U/I)																		
											γ-GT (γ-GTP) (U/I)																		
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 (%)																												
尿	糖	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++																											
	蛋白	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++																											

1:1回目
 2:2回目
 3:その他 (平均値等)

医 師 の 判 断																			
他覚症状																			
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																			