

上川町		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												
カナ氏名									窓口負担区分		2	1:負担なし 2:定額負担									
生年月日		昭和		年		月		日	負担額		1 0 0 0 円										
有効期限(西暦)		2	0	年		月		日	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>注1. 上川町国保の窓口負担は1000円固定です。</p> <p>注2. 貧血、心電図、眼底検査は全員実施です。</p> <p>注3. 総コレステロールの検査があります。</p> </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	上川		番号														枝番		

問診票				検査結果									
既往歴	脳血管	1:はい 2:いいえ		身体計測	身長 (cm)						<input type="checkbox"/> 1:1回目 <input type="checkbox"/> 2:2回目 <input type="checkbox"/> 3:その他(平均値等)		
	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				血圧		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			総コレステロール (mg/dl)								
	脂質	1:服薬あり 2:服薬なし			HDLコレステロール (mg/dl)								
喫煙歴					1:はい 2:いいえ		LDLコレステロール (mg/dl)						
				肝機能		AST(GOT) (U/l)							
				肝機能		ALT(GPT) (U/l)							
				肝機能		γ-GT(γ-GTP) (U/l)							
				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						
				血糖		空腹時/随時血糖 (mg/dl)	4:3.5時間未満の場合記入不可						
				血糖		ヘモグロビンA1c (%)							
追加検査				尿		糖	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++						
貧血	赤血球数 (万/mm3)			尿		蛋白	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++						
	血色素量 (g/dl)			尿		潜血	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++						
	ヘマトクリット値 (%)			腎機能		血清クレアチニン (mg/dl)							
心電図	所見	1:異常所見あり 2:異常所見なし		腎機能		eGFR (ml/min/1.73m ²)							
	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									
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		他覚症状									
	シェイエエ分類S	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4		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							
	シェイエエ分類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													