

その他

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
受診券番号	実施機関番号
カナ氏名	保険者番号
生年月日	昭和 年 月 日
有効期限(西暦)	2 0 年 月 日
郵便番号	性別 1:男 2:女
住所 *市区町村から記入してください	基本負担区分 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%
	円-①
被保険者証等	詳細負担区分 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%
	負担額 円-②
記号	負担合計額 円-(①+②)
番号	請求区分 1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診
枝番	代行機関(提出先) 1:国保連合会 2:支払基金

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	1:はい 2:いいえ	non-HDLコレステロール (mg/dl)			
詳細な検査			肝機能	GOT(AST) (U/l)	
貧血	今回実施する理由	3:既往 4:視診等		GPT(ALT) (U/l)	
	赤血球数 (万/mm ³)			γ-GT(γ-GTP) (U/l)	
	血色素量 (g/dl)		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
ヘマトクリット値 (%)		空腹時/随時血糖 (mg/dl)		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	5:基準該当 6:不整脈	尿	ヘモグロビンA1c (%)	
	所見	1:異常所見あり 2:異常所見なし		糖	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++
	判定区分	1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査		蛋白	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++
	具体的な所見		医師の判断		
眼底検査	対象者	1:検査結果による 2:不整脈疑い	他覚症状		
	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	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	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4	医師名		
	シェイエ分類H	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4			
腎機能	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			
腎機能	当該年度結果に基づき今回実施する理由	5:基準該当			
	血清クレアチニン (mg/dl)				
	eGFR (ml/min/1.73m ²)				
対象者	1:検査結果による				