

当麻町

特定健康診査入力原票

実施機関名

受診日(西暦) 20 年 月 日
受診券番号
カナ氏名
生年月日 昭和 年 月 日
有効期限(西暦) 20 年 月 日
郵便番号
住所
被保険者証等

実施機関番号
保険者番号 00011213
窓口負担区分 2
負担額 500円
請求区分 1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診
注1. 当麻町国保の窓口負担は500円固定です。

質問票
既往歴
脳血管
心疾患
腎不全
貧血
その他の既往歴
自覚症状
服薬
血圧
血糖
脂質
喫煙歴
家族歴
20歳からの体重増加
運動
身体活動
歩く速度
咀嚼
食べる速度
就寝前の夕食
間食
朝食を抜く
飲酒頻度
飲酒量
睡眠
生活習慣の改善
保健指導の利用

検査結果
身体計測
身長 (cm)
体重 (kg)
腹囲 (cm)
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/l)
GPT(ALT) (U/l)
γ-GT(γ-GTP) (U/l)
血糖
食後経過時間
空腹時/随時血糖 (mg/dl)
ヘモグロビンA1c (NGSP) (%)
尿
糖
蛋白
潜血
腎機能
血清クレアチニン (mg/dl)
代謝系
血清尿酸 (mg/dl)

詳細な検査

貧血
今回実施する理由
赤血球数 (万/mm3)
血色素量 (g/dl)
ヘマトクリット値 (%)
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
所見
判定区分
具体的な所見
対象者

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
キースワグナー分類
シエイエ分類S
シエイエ分類H
SCOTT分類
その他の所見
対象者
1:検査結果による