

愛別町										特定健康診査入力原票										実施機関名									
受診日(西暦)					20		年			月		日			実施機関番号														
受診券番号										保険者番号					00011239														
カナ氏名										性別		1:男 2:女		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		500円												
有効期限(西暦)					20		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												
郵便番号										<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">           注1. 愛別町国保の窓口負担は500円固定です。         </div>																			
住所																				*町村から記入してください									
被保険者証等					記号		愛													番号					枝番				

質問票									
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									
家族歴									

検査結果									
身体計測	身長		(cm)						
	体重		(kg)						
	腹囲		(cm)						
	腹囲測定法		1:実測 2:自己測定 3:自己申告						
血圧	収縮時血圧		(mmHg)						
	拡張時血圧		(mmHg)						
	中性脂肪		(mg/dl)						
血中脂質	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)						
肝機能	GPT(ALT) (U/I)								
	γ-GT(γ-GTP) (U/I)								
	血糖	食後経過時間				1:10時間以上 2:3.5~10時間未満 3:3.5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:+++				
	潜血				1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++				
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		3:既往 4:視診等						
	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		1:異常所見あり 2:異常所見なし						
	判定区分		1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査						
	具体的な所見								
眼底検査	対象者		1:検査結果による 2:不整脈疑い						
	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		1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV						
	シェイエ分類S		1:0 2:1 3:2 4:3 5:4						
	シェイエ分類H		1:0 2:1 3:2 4:3 5:4						
	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									

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									