生駒地区医師会　第4期特定健康診査用入力票

健診実施機関名

機関番号　　医師の氏名

受診者氏名
ひらがな　　性別 1: 男 2: 女

特定
2025～

健診年月日　20　年　月　日

生年月日　昭和　年　月　日

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）
1:1回目 2:2回目 3:その他（平均値等）

肝機能
GOT（AST）（U/l）
GPT（ALT）（U/l）
γ-GT（γ-GTP）（U/l）

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）
non-HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（mg/dl）

診察
その他の既往歴
自覚症状
他覚症状

血糖
空腹時血糖（mg/dl）
採血時間 1.空腹時（食後10h以上） 2.随時（食後3.5h～10h未満） 3.食後3.5h未満
ヘモグロビンA1c（%）

尿
糖 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++
蛋白 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++
※尿測定不可・未実施の理由 1:生理中のため 2:腎疾患等による排尿障害のため 3:その他

判定
ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ判定 1:基準該当 2:予備群該当 3:非該当 4:判定不能
医師の判断 1:異常認めず 2:要観察 3:要指導 4:ﾒﾀﾎﾞ関連疾患で治療中 5:4以外で治療中 6:要医療

質問票
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	

貧血
今回実施する理由 1:質問票 2:診察 0:追加健診
赤血球数（万/㎜）
血色素量（g/dl）
ヘマトクリット値（%）

心電図
今回実施する理由 1:血圧(収縮期140以上または拡張期90以上) 2:不整脈の疑い 0:追加健診
所見 1:異常所見あり 2:異常所見なし
具体的な所見（コード）

眼底
今回実施する理由 1:血圧(収縮期140以上または拡張期90以上) 2:血糖(空腹時126以上、HbA1c6.5以上または随時126以上) 3:前年度結果の血糖検査基準に該当
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
Wong-Mitchell分類 1:所見なし 2:軽度 3:中等度 4:重度
SCOTT分類 1:Ⅰa 2:Ⅰb 3:Ⅱ 4:Ⅲa 5:Ⅲb 6:Ⅳ 7:Va 8:Vb 9:Ⅵ 0:正常
改変Davis 1:網膜症なし 2:単純網膜症 3:増殖前網膜症 4:増殖網膜症
その他所見 1:その他の所見あり 2:その他の所見なし
その他所見の内容

腎機能
今回実施する理由 1:血圧(収縮期130以上または拡張期85以上) 2:血糖(空腹時100以上、HbA1c5.6以上または随時100以上) 0:追加健診
血清ｸﾚｱﾁﾆﾝ（mg/dl）
eGFR（ml/min/1.73㎡）

追加健診
血清尿酸（mg/dl）

受診券情報
受診券番号
受診券有効期限　20　年　月　日
保険者番号
被保険者証等記号
番号　—　枝番
郵便番号　–
住所
電話番号

決済情報
	窓口負担(受診券記載)		窓口負担
基本健診	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	円又は%	⇒ 円
詳細健診	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	円又は%	⇒ 円
追加健診	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	円又は%	⇒ 円

委託料単価区分 1 1:個別検診 2:集団検診
代行機関（提出先） 1:国保連合会 2:支払基金
窓口負担額合計　円