日医総研

特定健康診査用入力票等の説明

特定健診データ及び請求データの作成では、様々な代行入力機関の設置が予想され、入力形式も多岐にわたることで、誤入力の多発と入力経費増加の懸念があります。

そこで、特定健診の実施に関わる帳票類の標準的な仕様を提供することが、地域医師会のみならず、都道府県や全国単位での代行入力業務の実施が容易となり、効率的であると考えております。

1. 特定健康診査用入力票（案：A4 版）

① 特定健診必須検査と詳細検査に限定した入力票です。
②生年月日：受診券を反映した記載のため、和暦となります。そのため特定健診受診者の対象範囲 40 歳～74 歳を前提としており、「昭和」のみ記載されています。
③カナ氏名：受診券を反映した記載のため漢字表記はなく「カナ氏名」としています。
④診察：可能な限りコード入力を前提としております。既往歴・自覚/他覚症状のコード表は現在検討中です。
⑤血中脂質・肝機能・血糖：検査機関より CSV ファイルなどで取り込むことで記載は不要となりますが、手入力の余地を残しております。
⑥医師判断：医師の判断区分は現在の基本健康診査における指導区分を想定しています。異常のあった検査については、検査結果に基づく分野別判定（正常・異常）を記載していただきます。
⑦心電図：所見について、コードによる入力としています。
⑧眼底：所見について、コードによる入力としています。

2. 特定健康診査・追加検査用入力票（案：A3 版）

① 特定健診に加えて生活機能評価における生活機能検査（反復嚥下テスト・アルブミン・貧血・心電図）の記載が可能です。生活機能検査の実施の有無を記載することで、貧血・心電図がどちらの健診で実施されたかの把握が可能になります。但し、これらの請求情報は考慮されていません。

② 特定健診項目にない主な基本健康診査の項目（いわゆる横出し項目）や上乗せ項目を追加健診として設定しております。但し、これらの請求情報は考慮されていません。

3. 特定健康診査受診結果（案：A3 版）

厚生労働省保険局作成の「手引き」にある標準様式に準拠したものですが、既往歴、自覚症状、他覚症状、心電図所見、眼底所見、医師の判断等、コード入力とすることで、これらの所見欄のスペースは少なくすることが可能となります。

また、「検査分野別判定」を設けることで、「医師の判断」では、異常認めず、要指導、要観察、治療中、要医療の 5 区分による表示といたします。

安衛法に基づく「定期健康診断」法定項目を反映した帳票については、現在検討中です。

参考）　受診者向け「特定健康診査受診結果」の医師の判断区分について

現在実施されている基本健康診査において、医師の判断区分については、「要医療」から「異常なし」まで特に定義を持たず、各医療機関や地域医師会によって様々な表現で区分されている。

特定健診受診者への結果についても、医師の判断については電子的様式による入力内容は定義・指示されていない。

現在、全国の保健所及び市区町村と対象とした国への報告として「地域保健・老人保健事業報告」があり、基本健康診査の報告事項として、「性・年齢別の基本健康診査における指導区分」が報告されていることから、特定健診における結果のうち、この指導区分が妥当であるか否かを確認する必要がある。

○厚生労働省健康局への確認

特定健診について、**医療機関を受診する必要性については、異常の程度、年齢等を考慮した上で、健診機関の個別に医師が判断する**こととなっている。また、健診結果に応じて一定の基準を満たす者については、特定保健指導等の対象となる。

特定健診における医師の判断欄の定型的な記載例として、「要医療」、「要指導」、「異常認めず」を設けることに問題はないと考えられる。

以上

特定健康診査用入力票（案）

機関番号 □□□□□□□□□□　代行機関（提出先） □ 1:国保連合会 2:支払基金 3:その他

健診年月日 2 0 □□年□□月□□日　生年月日 昭和 □□年□□月□□日　性別 □ 1:男 2:女

カナ氏名 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

質問票

服薬（血圧）	□ 1:服薬あり 2:服薬なし	既往歴（脳血管）	□ 1:はい 2:いいえ	既往歴（貧血）	□ 1:はい 2:いいえ	保健指導の希望	□ 1:はい 2:いいえ
服薬（血糖）	□ 1:服薬あり 2:服薬なし	既往歴（心血管）	□ 1:はい 2:いいえ	喫煙歴	□ 1:はい 2:いいえ		
服薬（脂質）	□ 1:服薬あり 2:服薬なし	既往歴（腎不全・人工透析）	□ 1:はい 2:いいえ	飲酒	□ 1:毎日 2:時々 3:ほとんど飲まない		

診察

その他の既往歴	□□ □□	身長（cm）	□□□.□	収縮時血圧（mmHg）	□□□
自覚症状	□□ □□	体重（kg）	□□□.□	拡張時血圧（mmHg）	□□□
他覚症状	□□ □□	腹囲（cm）	□□□.□	尿 糖	□ 1:－ 2:± 3:＋ 4:++ 5:+++
		□ 1:実測 2:自己測定 3:自己申告		尿 蛋白	□ 1:－ 2:± 3:＋ 4:++ 5:+++

血糖

空腹時血糖（mg/dl）	□□□	中性脂肪（mg/dl）	□□□□	GOT（IU/l）（AST）	□□□□
□ 1:空腹時（食後10時間以上） 2:随時（食後10時間未満）		HDLコレステロール（mg/dl）	□□□	GPT（IU/l）（ALT）	□□□□
ヘモグロビンA1c（%）	□□.□	LDLコレステロール（mg/dl）	□□□	γ-GT（IU/l）（γ-GTP）	□□□□

医師判断

検査分野別判定　血圧 □　尿 □　血糖 □　肝機能 □　血中脂質 □ 1:正常 2:異常

メタボリックシンドローム判定 □ 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:要指導 3:要観察 4:治療中 5:要医療

医師の氏名 □□□□□□□□□□□□□□□□

詳細な健診の実施有無・理由

貧血	□ 1:実施	心電図（前年度に基づく）	□ 1:実施	眼底（前年度に基づく）	□ 1:実施
実施理由	□ 1:質問票 2:診察	実施理由	□ 1:質問票 2:診察	実施理由	□ 1:質問票 2:診察

貧血

赤血球数（万/㎣） □□□□　血色素量（g/dl） □□□.□　ヘマトクリット値（%） □□.□

心電図

所見 □ 1:異常所見あり 2:異常所見なし　□□ □□

眼底

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 □□□□□□□□□□

受診券

受診券番号 □□□□□□□□□□　有効期限 □□□□年□□月□□日

受診者

保険者番号 □□□□□□□□

被保険者証等記号・番号 □□□□□□□□□□□□ － □□□□□□□□□□

郵便番号 □□□－□□□□　住所 □□□□□□□□□□□□□□□□

※住所は市区町村よりご記入ください

特定健診決済情報

	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
委託料単価区分	□ 1:個別健診 2:集団健診		窓口負担額合計 □□□□□円

特定健康診査・追加検査用入力票（案）

機関番号

代行機関（提出先）　1:国保連合会　2:支払基金　3:その他

健診年月日　2　0　年　月　日

生年月日　昭和　年　月　日

性別　1:男　2:女

カナ氏名

質問票

服薬（血圧）	1:服薬あり 2:服薬なし	既往歴（脳血管）	1:はい 2:いいえ	既往歴（貧血）	1:はい 2:いいえ	保健指導の希望	1:はい 2:いいえ
服薬（血糖）	1:服薬あり 2:服薬なし	既往歴（心血管）	1:はい 2:いいえ	喫煙歴	1:はい 2:いいえ		
服薬（脂質）	1:服薬あり 2:服薬なし	既往歴（腎不全・人工透析）	1:はい 2:いいえ	飲酒	1:毎日 2:時々 3:ほとんど飲まない		

診察

その他の既往歴

自覚症状

他覚症状

身体計測

身長（cm）

体重（kg）

腹囲（cm）　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）

尿

糖　1:－ 2:± 3:＋ 4:++ 5:+++

蛋白　1:－ 2:± 3:＋ 4:++ 5:+++

血糖

空腹時血糖（mg/dl）　1:空腹時（食後10時間以上） 2:随時（食後10時間未満）

ヘモグロビンA1c（%）

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（IU/l）（AST）

GPT（IU/l）（ALT）

γ-GT（IU/l）（γ-GTP）

医師判断

検査分野別判定　血圧　尿　血糖　肝機能　血中脂質　1:正常 2:異常

メタボリックシンドローム判定　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:要指導 3:要観察 4:治療中 5:要医療

医師の氏名

詳細な健診の実施有無・理由

貧血	1:実施	心電図（前年度に基づく）	1:実施	眼底（前年度に基づく）	1:実施
実施理由	1:質問票 2:診察	実施理由	1:質問票 2:診察	実施理由	1:質問票 2:診察

貧血

赤血球数（万/㎣）

血色素量（g/dl）

ヘマトクリット値（%）

心電図

所見　1:異常所見あり 2:異常所見なし

眼底

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	

生活機能

生活機能検査の実施　1:実施

反復唾液嚥下テスト（回）

アルブミン（g/dl）

非特定健診

尿潜血	1:－ 2:± 3:＋ 4:++ 5:+++	血清クレアチニン（mg/dl）	血清尿酸（mg/dl）
総コレステロール（mg/dl）		総ビリルビン（mg/dl）	ALP（U/l）
総蛋白（mg/dl）		血清フェリチン（ng/ml）	

受診券

受診券番号

有効期限　年　月　日

受診者

保険者番号

被保険者証等記号・番号

郵便番号

住所

※住所は市区町村よりご記入ください

特定健診決済情報

	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
委託料単価区分	1:個別健診 2:集団健診	窓口負担額合計	円

特定健康診査受診結果

○○○○○病院
〒123-4567
東京都文京区本駒込2－28－16

TEL　03－1234－5678

カナ氏名	ケンコウ　タロウ	生年月日	昭和34年12月24日	健診年月日	2008年 4月 1日
		性別／年齢	男　　58歳	特定健康診査受診券番号	1234567890

既　往　歴	脳血管　心血管　腎不全　貧血		
服　薬　歴	血圧　血糖　脂質	喫　煙　歴	あり
自 覚 症 状			
他 覚 症 状			

項目			基準値	今回 2008年 4月 1日	前回 年　月　日	前々回 年　月　日
身体計測	身長	(cm)		170.2		
	体重	(kg)		63.5		
	腹囲	(cm)		74.3		
	BMI		18.5～25.0	21.9		
血圧	収縮期血圧	(mmHg)	～130	122		
	拡張期血圧	(mmHg)	～85	65		
血中脂質検査	中性脂肪	(mg/dl)	～150	51		
	HDL-ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	(mg/dl)	40～	65		
	LDL-ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	(mg/dl)	70～139	110		
肝機能検査	GOT	(IU/l)	10～40	16		
	GPT	(IU/l)	5～45	17		
	γ-GTP	(IU/l)	～60	15		
血糖検査	空腹時血糖	(mg/dl)	70～110	＊ 111		
	ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝA1c	(%)	4.3～5.8	4.6		
尿検査	糖			(－)		
	蛋白			(－)		
貧血検査	赤血球数	(万/mm^3)	450～530	489		
	血色素量	(g/dl)	14.0～18.0	15.8		
	ﾍﾏﾄｸﾘｯﾄ値	(%)	39.8～51.8	48.6		

項目		今回 2008年 4月 1日	前回 年　月　日	前々回 年　月　日
心電図検査	所見	異常所見なし		
眼底検査	所見	Sheie H：1 Sheie S：1		

検査分野別判定	血糖検査に異常が認められます。		

メタボリックシンドローム判定	非該当		

医師の判断	異常認めず。 心電図：前年度の結果に基づき実施 眼底検査：医師の診察に基づき実施
判断した医師の氏名	○○　健太

今回追加検査
尿潜血　　（－）　　総コレステロール　＊　210