

特定健康診査・非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

受診者カナ氏名

健診年月日 20 年 月 日 生年月日 昭和 年 月 日 性別 1:男 2:女

質問票 服薬(血圧) 既往歴(脳血管) 既往歴(貧血) 保健指導の希望

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) 腹囲測定法

血圧 収縮時血圧(mmHg) 拡張時血圧(mmHg)

尿 糖 蛋白

血糖 空腹時血糖(mg/dl) 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(AST)(U/l) GPT(ALT)(U/l) γ-GT(γ-GTP)(U/l)

医師判断 検査分野別判定 尿 血糖 血中脂質 肝機能

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 前年度結果に基づき今回実施する理由 所見 判定区分 具体的な所見

眼底 前年度結果に基づき今回実施する理由 シェイエ分類S キースワグナー分類 シェイエ分類H SCOTT分類 Davis分類 その他の所見

非特定健診 尿潜血 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(g/dl) 血清フェリチン(ng/ml) 血清アルブミン(g/dl)

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 郵便番号 住所

特定健診決済情報 基本健診 詳細健診 非特定健診項目 委託料単価区分 窓口負担(受診券記載) 窓口負担