

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

服薬(血圧) 既往歴(脳血管) 既往歴(貧血) 保健指導の希望 質問票 診察 服薬(血糖) 既往歴(心疾患) 喫煙歴 自覚症状 服薬(脂質) 既往歴(腎不全・人工透析) 飲酒 他覚症状

身長(cm) 腹囲(cm) 体重(kg) 腹囲測定法 収縮時血圧(mmHg) 拡張時血圧(mmHg) 糖 蛋白

空腹時血糖(mg/dl) 中性脂肪(mg/dl) ヘモグロビンA1c(%) HDLコレステロール(mg/dl) LDLコレステロール(mg/dl) GOT(AST)(U/I) GPT(ALT)(U/I) -GT(-GTP)(U/I)

検査分野別判定 尿酸 血糖 血中脂質 肝機能 医師の判断

今回実施する理由 前年度結果に基づき今回実施する理由 眼底 糖尿病性網膜症 シェイェ分類S キースワグナー分類 シェイェ分類H SCOTT分類 Davis分類

受診券番号 受診券有効期限 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 詳細健診 委託料単価区分 窓口負担(受診券記載) 窓口負担