

特定健康診査用入力票 記入要領

2008年7月17日

特定健康診査・非特定健康診査用入力票(A3版)について

本入力票は、これまで基本健康診査で実施されてきた検査項目を、特定健康診査と非特定健康診査に区分して、非特定健診項目が市区町村の一般衛生部門等と契約された場合に、特定健康診査と同時実施するために作成されたものです。

本入力票の利用範囲

- ◆特定健康診査の詳細健診項目である「貧血検査」、「心電図検査」、「眼底検査」について、市区町村の一般衛生部門等が広く住民に対して実施する場合
- ◆非特定健診項目にある各検査について、市区町村の一般衛生部門等が広く住民に対して実施する場合

本入力票の利用範囲外と理由

◆特定健康診査以外の各種健診(検診)

電子化されたデータの提出が義務とされていない健診(検診)は本帳票では対応していません。

75歳以上の後期高齢者のための健診について、本入力票の健診内容の範囲であれば、決済代行機関や保険者を經由して、広域連合が委託する予定とされている市区町村一般衛生部門へのデータ提出が可能とされていますが、受診者に対する健診受診結果(帳票)は本仕様では策定されておりませんので利用範囲外としております。

◆65歳以上の生活機能評価

電子化されたデータの提出が義務とされていない生活機能評価は本帳票では対応していません。

本仕様において電子化する「BMI値」は、特定健康診査の仕様に基づき数値をそのまま提出します。一方で、生活機能チェックにおける「BMI」の項目では、栄養に関する判定項目として「BMIが18.5未満」であるか否かを判定した結果を表示する必要があります。そのため、生活機能評価判定報告書として、別途、帳票の作成が必要ですが、現在作成の予定はありません。

生活機能評価を単独実施した場合、電子化されたデータは決済代行機関で受付できない場合があります。

はじめに

1. 書き方

ボールペンで枠内にはっきりと記入してください。

2. 訂正方法

二重線で訂正し、訂正する項目の近くに記入してください。

喫煙歴				
<table border="1"><tr><td>+</td><td>1:はい</td></tr><tr><td>-</td><td>2:いいえ</td></tr></table>	+	1:はい	-	2:いいえ
+	1:はい			
-	2:いいえ			
2				

[A4版]記入必須項目等の一覧

A4版【基本】【基本+詳細】

特定健康診査入力票

機関番号 医師の氏名

受診者
カネ氏名

年齢 性別 1:男 2:女

生年月日 年 月 日

検査項目

眼圧(血圧) 既往歴(脳血管) 既往歴(腎不全・人工透析) 飲酒 収縮時血圧(mmHg) 拡張時血圧(mmHg) 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)

眼圧(血糖) 既往歴(心疾患) 既往歴(糖尿病) 空腹時血糖(mg/dl) 空腹時血糖(μmol/l) ヘモグロビンA1c(%)

眼圧(脂質) 既往歴(腎不全・人工透析) 既往歴(糖尿病) 空腹時血糖(mg/dl) 空腹時血糖(μmol/l) ヘモグロビンA1c(%)

身長(cm) 体重(kg) 空腹時血糖(mg/dl) 空腹時血糖(μmol/l) ヘモグロビンA1c(%)

尿 糖 蛋白 GGT(AST)(U/l) GPT(ALT)(U/l) γ-GT(γ-GTP)(U/l)

医師判断

検査分野別判定

眼圧 尿 血糖 血中脂質 肝機能

メタボリックシンドローム判定

医師の判断

※詳細は別頁参照

受診券番号 受診券有効期限 年 月 日 保険者番号

被保険者証等記号

郵便番号 住所

特定健康診査決済情報

基本健診 窓口負担(受診者記載) 窓口負担

詳細健診 窓口負担

委託料単価区分 代行機関(提出先) 窓口負担額合計



すべて記入してください。



診察:発生した場合は記入してください。
被保険者証等記号:被保険者証に記載がある場合は記入してください。



空腹時血糖 または ヘモグロビンA1cのうち少なくとも1つは実施必須とされているため、少なくともどちらか1つは記入してください。



【基本健診のみ実施】空欄としてください。
【基本健診+詳細健診を実施】実施した項目とその窓口負担を記入してください。

質問票・診察

質問票	服薬(血圧) 2 1:服薬あり 2:服薬なし	既往歴(脳血管) 1 1:はい 2:いいえ	既往歴(貧血) 2 1:はい 2:いいえ	保健指導の希望 1 1:はい 2:いいえ	診察	その他の既往歴 0 3	
	服薬(血糖) 2 1:服薬あり 2:服薬なし	既往歴(心疾患) 2 1:はい 2:いいえ	喫煙歴 1 1:はい 2:いいえ			自覚症状 0 1	0 4
	服薬(脂質) 2 1:服薬あり 2:服薬なし	既往歴(腎不全・人工透析) 2 1:はい 2:いいえ	飲酒 1 1:毎日 2:時々 3:ほとんど飲まない			他覚症状 0 5	0 6

《コード一覧》より選択

医師判断	検査分野別判定	尿	血糖	血中脂質	肝機能	メタボリックシンドローム判定	医師の判断
	2 1:正常 2:異常	1 1:正常 2:異常	2 1:正常 2:異常	1 1:正常 2:異常	1 1:正常 2:異常	1 1:基準該当 2:予備群該当 3:非該当 4:判定不能	3 1:異常認めず 2:要観察 3:要指導 4:治療中 5:要医療

『特定健康診査質問票』より転記

特定健康診査質問票 受診日 平成 20年 5月 25日

フリガナ ケンコウ ジョウジ 健康 丈二 性別 男 生年月日 昭和 22年 1月 12日 年齢 61歳

1.服薬の状況について伺います。現在、次の薬を使っているかどうかを「はい」「いいえ」でお答えください。また、使っているお薬の名前がわかれば記入してください。

薬を使っている	薬の名前
はい	血圧を下げる薬
はい	インスリン注射や血糖を下げる薬
はい	コレステロールを下げる薬

2.主な既往歴について伺います。これまで治療をしたことのある病気について、「はい」「いいえ」でお答えください。

脳血管	心疾患
はい	狭心症
はい	脳卒中(脳卒中)
はい	心筋梗塞
はい	心不全
はい	虚血性心疾患
はい	その他の心疾患
はい	腎不全
はい	人工透析
はい	貧血

3.主な既往歴以外に、これまで治療をしたことのある病気がありましたら、右の空欄に○を記入してください。

01 高血圧	05 高尿酸血症	09 胃・十二指腸潰瘍
02 低血圧	06 腎不全以外の腎疾患	10 うつ
03 不整脈	07 糖尿病	11 骨粗鬆症
04 高脂血症	08 肝臓病	

4.自覚症状について伺います。次の症状について、「はい」「いいえ」でお答えください。

01 胸の圧迫感	08 頭痛・耳鳴りがする
02 動悸や心臓の強い鼓動	09 いづれも調子が悪い
03 息切れがする	10 おなかが張っている
04 不眠	11 下痢
05 胃ごり・膨満	12 便秘
06 手足のしびれ感	13 下痢と便秘の両方
07 めまい・立ちくらみ	14 痔の傾向がある

5.現在、習慣的にたばこを吸っていますか。
 はい いいえ
 ※習慣的とは、これまで100本以上、または6ヶ月以上吸っていて、最近1ヵ月以上も吸っている場合をいいます。

6.飲酒の頻度について伺います。○を記入してください。
 毎日飲む 時々飲む ほとんど飲まない

7.生活習慣の改善について、保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。
 利用する 利用しない

医師の記入欄

診察
 他覚症状 0 5 0 6

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

メタボリックシンドローム判定
 1 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
 3 1:異常認めず 2:要観察 3:要指導 4:治療中 5:要医療

医師の記入欄
 特定健診(詳細な健診)を実施する理由
 貧血 1:要指導 2:要観察 心臓病 1:要指導 2:要観察 糖尿病 1:要指導 2:要観察

医師の署名

診察(他覚症状)

医師が診察した結果を記入してください。医師は、その他の既往歴、自覚症状を確認いただき、他覚症状に関する項目を《コード一覧》より3つまで選択し記入してください。《コード一覧》はこれまでの基本健康診査や一般定期健康診査で用いられている主な内容を反映させたものです。ローカルルールによりコード内容を変更して使用することを妨げるものではありません。

詳細な健診を実施する場合の理由

特定健診の詳細健診として実施する場合は、必ず「今回実施する理由」の回答を選択し記入してください。心電図および眼底検査は、前年度結果が一定の条件に該当していることが前提です。

検査分野別判定

検査結果をもとに、正常・異常の別を選択し記入してください。

メタボリックシンドローム判定

《コード一覧》の判定基準(いわゆる8学会基準)に従って「基準該当」、「予備群該当」、「非該当」、「判定不能」のいずれかを選択し記入してください。

医師の判断

これまでの基本健康診査における総合判定と同様に記入してください。

・要指導の判定では、特定保健指導における積極的支援や動機付け支援の対象者となる可能性を考慮して記入してください。

・要医療の判定では、特定健康診査における受診勧奨値や検査機関等の基準値を考慮のうえ記入してください。

検査結果(基本的な健診)

身体計測	身長(cm)	1 6 2 . 6	腹囲(cm)	9 2 . 0
	体重(kg)	7 8 . 8	腹囲測定法	1:実測 2:自己測定 3:自己申告
	空腹時血糖(mg/dl)	1 3 0	1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満)	
血糖	※食後採血時間で「2:随時」を選択した場合、随時血糖の結果として結果報告に記載されます。また、医療保険者には「空腹時血糖未実施」として報告されます。			
	ヘモグロビンA1c(%)	×		
	血圧	収縮時血圧(mmHg)	1 6 0	3
血中脂質	拡張時血圧(mmHg)	9 5	1:1回目 2:2回目 3:その他(平均値等)	
	中性脂肪(mg/dl)	1 3 0		
	HDLコレステロール(mg/dl)	4 5		
尿	LDLコレステロール(mg/dl)	1 2 8		
	糖	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++	
	蛋白	1	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++	
肝機能	GOT(AST)(U/l)	5 5		
	GPT(ALT)(U/l)	5 5		
	γ-GT(γ-GTP)(U/l)	6 0		

実施したが測定不能だった場合は先頭に×印を記入

右詰めで記入

*** 検査報告書からの転記による入力依頼とする場合 ***

【測定結果が出た場合】
小数点以下まで右詰めで記入してください。

体重(kg)

7	5	.	0
---	---	---	---

※実施扱い

【測定不能だった場合】
妊娠などが判明し測定できなかった場合、はじめのマスに×を記入してください。

中性脂肪(mg/dl)

×			
---	--	--	--

※実施扱い

【実施なかった場合】
受診者の都合で実施できなかった場合などは、空欄としてください。必須項目の場合は請求対象から外されます。

中性脂肪(mg/dl)

--	--	--	--

※未実施扱い

腹囲

腹囲測定法では「1:実測 2:自己測定 3:自己申告」を確認のうえ、測定結果を記入してください。BMIが20未満の方について、医師が必要でないと思えば腹囲の検査を省略した場合は、測定不能としてはじめのマスに×印を記入してください。

血圧

「1:1回目 2:2回目 3:その他(平均値等)」を必ず選択し記入してください。

空腹時血糖

採血時間(食後)を忘れずに記入してください。

検査結果(詳細な健診・非特定健診)

詳細健診として実施した場合は理由を記入

<p>貧血</p> <p>今回実施する理由 <input type="checkbox"/> 1:質問票 <input type="checkbox"/> 2:診察</p> <p>赤血球数(万/mm³) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>血色素量(g/dl) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ヘマトクリット値(%) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>心電図</p> <p>前年度結果に基づき今回実施する理由 <input type="checkbox"/> 1:質問票 <input type="checkbox"/> 2:診察</p> <p>所見 <input checked="" type="checkbox"/> 1:異常所見あり <input type="checkbox"/> 2:異常所見なし</p> <p>判定区分 <input checked="" type="checkbox"/> 1:軽度異常 2:異常 <input type="checkbox"/> 3:要観察 4:要精密検査</p> <p>具体的な所見 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">《コード一覧》より選択</p>	<p>眼底</p> <p>前年度結果に基づき今回実施する理由 <input checked="" type="checkbox"/> 2:1:質問票 <input type="checkbox"/> 2:診察</p> <p>シエイエ分類S <input type="checkbox"/> 1:0 2:1 3:2 <input type="checkbox"/> 4:3 5:4</p> <p>シエイエ分類H <input type="checkbox"/> 1:0 2:1 3:2 <input type="checkbox"/> 4:3 5:4</p> <p>キースワグナー分類 <input type="checkbox"/> 1:0 2:I 3:IIa <input type="checkbox"/> 4:IIb 5:III 6:IV</p> <p>SCOTT分類 <input checked="" type="checkbox"/> 1:異常なし <input type="checkbox"/> 1:Ia 2:Ib 3:II 4:IIIa 5:IIIb <input type="checkbox"/> 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI</p> <p>Davis分類 <input type="checkbox"/> 1:単純網膜症 2:増殖前網膜症 <input type="checkbox"/> 3:増殖網膜症</p> <p>その他の所見 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">未実施の場合は空欄</p>
---	---	--

今回実施する理由(質問票情報参照)

特定健診の詳細健診として実施した場合は、必ず「今回実施する理由」の回答を選択し記入してください。心電図および眼底検査は、前年度結果が一定の条件に該当していることが前提です。

心電図

実施したが測定不能であった場合は、「所見」欄に×印を記入してください。
心電図の「具体的な所見」がある場合は、《コード一覧》より3つまで選択し記入してください。

眼底

眼底の「その他の所見」は10文字まで記入できます。

<p>非特定健診</p> <p>尿潜血 <input checked="" type="checkbox"/> 2:1:- 2:± 3:+ <input type="checkbox"/> 4:++ 5:+++</p> <p>総コレステロール(mg/dl) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>総蛋白(g/dl) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>血清クレアチニン(mg/dl) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>総ビリルビン(mg/dl) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>血清フェリチン(ng/ml) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p>	<p>血清尿酸(mg/dl) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>ALP(U/l) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>血清アルブミン(g/dl) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p>
---	--	--

実施した場合は、該当する欄に記入してください。

貧血、心電図、眼底検査を契約にもとづく特定健診以外の健診として実施した場合は、「詳細な健診の項目」の欄に記入してください。このとき、「今回実施する理由」は空欄としてください。

検査結果(測定不能の場合)

測定不能となる可能性のある項目

以下の×印が記載されている検査は、何らかの理由で測定不能となる可能性が考えられます。検査の結果が測定不能となった場合は、該当する検査項目について、以下の通りに記入してください。

中性脂肪(mg/dl)
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

身体計測	身長(cm)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	腹囲(cm)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	体重(kg)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	腹囲測定法	1:実測 2:自己測定 3:自己申告
血糖	空腹時血糖(mg/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満)	
	※食後採血時間で「2:随時」を選択した場合、随時血糖の結果として結果報告に記載されます。また、医療保険者には「空腹時血糖未実施」として報告されます。			
	ヘモグロビンA1c(%)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

血圧	収縮時血圧(mmHg)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1:1回目 2:2回目 3:その他(平均値等)
	拡張時血圧(mmHg)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	中性脂肪(mg/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
血中脂質	HDLコレステロール(mg/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	LDLコレステロール(mg/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

尿	糖	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++
	蛋白	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++
肝機能	GOT(AST) (U/l)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	GPT(ALT) (U/l)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	γ-GT(γ-GTP) (U/l)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

医師判断	検査分野別判定	メタボリックシンドローム判定	医師の判断
	血圧: 1:正常 2:異常 尿: 1:正常 2:異常 血糖: 1:正常 2:異常 血中脂質: 1:正常 2:異常 肝機能: 1:正常 2:異常	1:基準該当 2:予備群該当 3:非該当 4:判定不能	1:異常認めず 2:要観察 3:要指導 4:治療中 5:要医療

貧血	今回実施する理由	<input type="checkbox"/> 1:質問票 <input type="checkbox"/> 2:診察
	赤血球数(万/mm)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	血色素量(g/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	ヘマトクリット値(%)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

心電図	前年度結果に基づき今回実施する理由	<input type="checkbox"/> 1:質問票 <input type="checkbox"/> 2:診察
	所見	<input checked="" type="checkbox"/> 1:異常所見あり <input type="checkbox"/> 2:異常所見なし
	判定区分	<input type="checkbox"/> 1:軽度異常 2:異常 <input type="checkbox"/> 3:要観察 4:要精密検査
	具体的な所見	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

眼底	前年度結果に基づき今回実施する理由	<input type="checkbox"/> 1:質問票 <input type="checkbox"/> 2:診察	シエイエ分類S <input checked="" type="checkbox"/> 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4
	キースワグナー分類	<input checked="" type="checkbox"/> 1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV	シエイエ分類H <input checked="" type="checkbox"/> 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4
	糖尿病性網膜症	<input type="checkbox"/> 1:異常なし	SCOTT分類 <input checked="" type="checkbox"/> 1:Ia 2:Ib 3:II 4:IIIa 5:IIIb 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI
		<input checked="" type="checkbox"/> 1:単純網膜症 2:増殖前網膜症 3:増殖網膜症	Davis分類 <input checked="" type="checkbox"/> 1:単純網膜症 2:増殖前網膜症 3:増殖網膜症
	その他の所見	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

非特定健診	尿潜血	<input checked="" type="checkbox"/> 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++	血清クレアチニン(mg/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	血清尿酸(mg/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	総コレステロール(mg/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	総ビリルビン(mg/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ALP(U/l)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	総蛋白(g/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	血清フェリチン(ng/ml)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	血清アルブミン(g/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

糖尿病性網膜症として、SCOTT分類、Davis分類以外の分類法で測定不能であった場合に、「その他の所見」に×印を記入してください。

受診券情報

受診券・受診者	受診券番号	081000000001	受診券有効期限	2008年12月31日	保険者番号	12345678	
	被保険者証等記号	いろは-01	番号	00001	左詰めで記入 空白をあげないこと		
	郵便番号	000-0000	住所	〇〇区△△町1-10-100			
	※住所は市区町村よりご記入ください。						

案 特定健康診査受診券
2008年 4月 1日交付

受診券整理番号 **0810000001**

受診者の氏名 **ケンコウジョウジ**
性別 **男**
生年月日 **昭和22年1月12日**

有効期限 **2008年12月31日**

健診内容
・特定健康診査
・その他 ()

特定健診(基本部分)	負担額又は負担率	30%
特定健診(詳細部分)	負担額又は負担率	1000円
その他(追加項目)	負担額又は負担率	
その他(人間ドック)	負担額又は負担率	

保険者所在地 〇〇県〇〇市〇〇xx-x
保険者電話番号 XX-XXXX-XXXX
保険者番号・名称 **12345678**
契約とりまとめ機関名 XXXXXXXXX
支払代行機関番号 XXXXXXXX
支払代行機関名 〇〇国保連合会

住所
〒 000 - 0000
〇〇区△△町1-10-100

受診券番号

受診券に記載されている受診券整理番号を転記してください。

受診券有効期限

受診券より西暦で転記してください。

保険者番号

受診券より転記してください。

被保険者証等記号・番号

受診者の持参した被保険者証より転記してください。

郵便番号、住所

受診者の住所を受診券より転記してください。

※被保険者証の記載と相違がないか必ず窓口にて確認してください。

※支払代行機関名、窓口での自己負担の記入要領は次頁を参照してください。

決済情報

例：基本健診＋詳細健診(A4版の場合)

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	3	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	3	0	⇒	2	4	0	0	円		
	詳細健診	2	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	1	0	0	0	⇒	1	0	0	0	円
	委託料単価 区分	1	1:個別健診 2:集団健診	代行機関 (提出先)	1	1:国保連合会 2:支払基金 3:その他	窓口負担額合計		3	4	0	0	円

例：基本健診＋非特定健診(詳細健診は未実施)(A3版の場合)

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	3	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	3	0	⇒	2	4	0	0	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	
	非特定健診 項目	2	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	1	0	0	0	⇒	1	0	0	0
委託料単価 区分	1	1:個別健診 2:集団健診	代行機関 (提出先)	1	1:国保連合会 2:支払基金 3:その他	窓口負担額合計		3	4	0	0	円

右詰めで記入

窓口負担(受診券記載)

受診券に記載されている窓口での自己負担区分、負担額または負担率を転記してください。

窓口負担合計

左側の窓口負担区分、負担額・率、契約書にもとづく特定健診契約単価(黄色部分)より計算し記入してください。

※窓口負担記入例

負担区分	負担額	負担率	特定健診 契約単価	窓口負担 (記入額)
1:負担なし	0円	0%		0(円)
2:定額負担	2400円			2400(円)
3:定率負担		30%	8000円	2400(円)
4:保険者負担上限額	(上限額)5600円		8000円	2400(円)

委託料単価区分

特定健康診査を実施した形態を個別・集団から選択してください(契約に含まれる形態であること)。

代行機関(提出先)

受診券の「支払代行機関名」が「〇〇連合会」の場合は「1:国保連合会」、「支払基金」の場合は「2:支払基金」、「支払代行機関名」が記載されておらず、保険者に直接送付する場合等は「3:その他」を選択し記入してください。

[A4版] 検査結果と窓口負担の対応

基本健診のみ実施

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	3 1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	3 0	円又は% ⇒ 2 4 0 0 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 ⇒
委託料単価区分	1 1:個別健診 2:集団健診	代行機関(提出先)	1 1:国保連合会 2:支払基金 3:その他	窓口負担額合計 2 4 0 0 円

基本健診の窓口負担は必ず記入してください。
 詳細健診の健診結果と窓口負担は空欄としてください。

基本健診 + 詳細健診を実施

健診結果	貧血を詳細健診として実施した場合		必ず記入してください いずれか1つ以上
	貧血	今回実施する理由 1:質問票 2:診察 赤血球数(万/mm ³) 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 1:質問票 2:診察 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	
眼底を詳細健診として実施した場合		必ず記入してください 所見「1:異常所見あり」のときは記入してください いずれか1つ以上	
眼底	前年度結果に基づき今回実施する理由 1:質問票 2:診察 キースワグナー分類 1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV シエイエ分類S 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4 シエイエ分類H 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4 SCOTT分類 1:異常なし 1:1a 2:1b 3:II 4:IIIa 5:IIIb 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI Davis分類 1:単純網膜症 2:増殖前網膜症 3:増殖網膜症 その他の所見		
糖尿病性網膜症			

実施した項目の窓口負担を合計し記入してください

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	3 1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	3 0	円又は% ⇒ 2 4 0 0 円
	詳細健診	2 1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	1 0 0 0	円又は% ⇒ 1 0 0 0 円
委託料単価区分	1 1:個別健診 2:集団健診	代行機関(提出先)	1 1:国保連合会 2:支払基金 3:その他	窓口負担額合計 3 4 0 0 円

基本健診の窓口負担、詳細健診の健診結果と窓口負担を必ず記入してください。
 ※窓口負担区分が「1:負担なし」のときは、窓口負担内容・金額の省略が可能です。

[A3版]検査結果と窓口負担の対応(1)

基本健診のみ実施

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	3	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	3 0	円又は%	⇒	2 4 0 0	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
非特定健診項目		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:個別健診 2:集団健診	代行機関(提出先)	1:国保連合会 2:支払基金 3:その他			窓口負担額合計	2 4 0 0 円

基本健診の窓口負担を必ず記入してください。
 詳細健診、非特定健診の健診結果と窓口負担は空欄としてください。

基本健診 + 詳細健診を実施

貧血を詳細健診として実施した場合

必ず記入してください

今回実施する理由
 1:質問票
 2:診察

赤血球数(万/mm)

血色素量(g/dl)

ヘマトクリット値(%)

いずれか1つ以上

心電図を詳細健診として実施した場合

必ず記入してください

前年度結果に基づき今回実施する理由
 1:質問票
 2:診察

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

所見「1:異常所見あり」のときは記入してください

眼底を詳細健診として実施した場合

今回実施する理由は必ず記入してください

今回実施する理由
 1:質問票
 2:診察

シニエ分類S
 1:0 2:1 3:2
 4:3 5:4

シニエ分類H
 1:0 2:1 3:2
 4:3 5:4

キースワグナー分類
 1:0 2:I 3:IIa
 4:IIb 5:III 6:IV

SCOTT分類
 1:異常なし
 2:Ia 3:II 4:IIIa 5:IIIb
 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI

Davis分類
 1:単純網膜症 2:増殖前網膜症
 3:増殖網膜症

その他の所見

いずれか1つ以上

実施した項目の窓口負担を合計し記入してください

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	3	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	3 0	円又は%	⇒	2 4 0 0	円
詳細健診	2	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	1 0 0 0	円又は%	⇒	1 0 0 0	円	
非特定健診項目		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:個別健診 2:集団健診	代行機関(提出先)	1:国保連合会 2:支払基金 3:その他			窓口負担額合計	3 4 0 0 円

詳細健診を実施した場合は詳細健診の健診結果と窓口負担を記入してください。
 ※窓口負担区分が「1:負担なし」のときは、窓口負担内容・金額の省略が可能です。

[A3版]検査結果と窓口負担の対応(2)

基本健診 + 非特定健診を実施

健診結果

貧血を非特定健診として実施した場合

今回実施する理由
 1:質問票
 2:診察

赤血球数(万/mm³)

血色素量(g/dl)

ヘマトクリット値(%)

実施理由:必ず空欄としてください

実施した項目に記入

心電図を非特定健診として実施した場合

前年度結果に基づき今回実施する理由
 1:質問票
 2:診察

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

実施理由:必ず空欄としてください

所見「1:異常所見あり」のときは記入してください

眼底を非特定健診として実施した場合

前年度結果に基づき今回実施する理由
 1:質問票
 2:診察

シエイエ分類S
 1:0 2:1 3:2
 4:3 5:4

シエイエ分類H
 1:0 2:1 3:2
 4:3 5:4

キーヌワグナー分類
 1:0 2:1 3:IIa
 4:IIb 5:III 6:IV

SCOTT分類
 1:異常なし
 1:Ia 2:Ib 3:II 4:IIIa 5:IIIb
 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI

Davis分類
 1:単純網膜症 2:増殖前網膜症
 3:増殖網膜症

その他の所見

実施理由:必ず空欄としてください

実施した項目に記入してください

非特定健診項目を実施した場合

尿潜血
 1:- 2:± 3:+

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)

実施した項目に記入

実施した項目の窓口負担を合計し記入してください

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	詳細健診	非特定健診 項目	委託料単価 区分	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
	3		1	1: 負担なし 2: 定額負担 3: 定率負担 4: 保険者負担上限			3	0	円又は%	⇒	2 4 0 0 円
			2	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
			1	1: 個別健診 2: 集団健診			5	0 0 0	円又は%	⇒	5 0 0 0 円
				代行機関 (提出先)	1	1: 国保連合会 2: 支払基金 3: その他			窓口負担額合計	↓	2 9 0 0 円

非特定健診を実施した場合は非特定健診の健診結果と窓口負担を記入してください。
 詳細健診の窓口負担は空欄としてください。
 ※窓口負担区分が「1:負担なし」のときは、窓口負担内容・金額の省略が可能です。

[A3版]検査結果と窓口負担の対応(3)

基本健診 + 詳細健診 + 非特定健診 を実施

		詳細健診として実施した場合	非特定健診として実施した場合		
健診結果	貧血	今回実施する理由 <input checked="" type="checkbox"/> 1:質問票 <input type="checkbox"/> 2:診察 赤血球数(万/mm ³) 血色素量(g/dl) ヘマトクリット値(%)	今回実施する理由 <input type="checkbox"/> 1:質問票 <input type="checkbox"/> 2:診察 赤血球数(万/mm ³) 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 <input checked="" type="checkbox"/> 1:質問票 <input type="checkbox"/> 2:診察 所見 <input checked="" type="checkbox"/> 1:異常所見あり <input type="checkbox"/> 2:異常所見なし 判定区分 <input type="checkbox"/> 1:軽度異常 2:異常 <input type="checkbox"/> 3:要観察 4:要精密検査 具体的な所見	前年度結果に基づき今回実施する理由 <input type="checkbox"/> 1:質問票 <input type="checkbox"/> 2:診察 所見 <input type="checkbox"/> 1:異常所見あり <input type="checkbox"/> 2:異常所見なし 判定区分 <input type="checkbox"/> 1:軽度異常 2:異常 <input type="checkbox"/> 3:要観察 4:要精密検査 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 <input checked="" type="checkbox"/> 1:質問票 <input type="checkbox"/> 2:診察 キースワグナー分類 <input type="checkbox"/> 1:0 2:1 3:IIa <input type="checkbox"/> 4:IIb 5:III 6:IV SCOTT分類 <input type="checkbox"/> 1:異常なし <input type="checkbox"/> 2:1a 2:1b 3:II 4:IIIa 5:IIIb <input type="checkbox"/> 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI Davis分類 <input type="checkbox"/> 1:単純網膜症 2:増殖前網膜症 <input type="checkbox"/> 3:増殖網膜症 その他の所見	前年度結果に基づき今回実施する理由 <input type="checkbox"/> 1:質問票 <input type="checkbox"/> 2:診察 キースワグナー分類 <input type="checkbox"/> 1:0 2:1 3:IIa <input type="checkbox"/> 4:IIb 5:III 6:IV SCOTT分類 <input type="checkbox"/> 1:異常なし <input type="checkbox"/> 2:1a 2:1b 3:II 4:IIIa 5:IIIb <input type="checkbox"/> 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI Davis分類 <input type="checkbox"/> 1:単純網膜症 2:増殖前網膜症 <input type="checkbox"/> 3:増殖網膜症 その他の所見		
非特定健診	非特定健診項目を実施した場合				
		尿潜血 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1:- 2:± 3:++ <input type="checkbox"/> 4:+++ 5:++++	血清クレアチニン(mg/dl) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 3	血清尿酸(mg/dl) <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	実施した項目に記入
		総コレステロール(mg/dl) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5	総ビリルビン(mg/dl) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	ALP(U/l) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
		総蛋白(g/dl) <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 5	血清フェリチン(ng/ml) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	血清アルブミン(g/dl) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	

実施した詳細健診項目の窓口負担を合計し記入してください

実施した非特定健診項目の窓口負担を合計し記入してください

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	詳細健診	非特定健診項目	委託料単価区分
	1	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	0	1
	2	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	5 0 0	2
	2	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	1 0 0 0	2
	1	1:個別健診 2:集団健診	1	1
		代行機関(提出先)	1:国保連合会 2:支払基金 3:その他	
		窓口負担額合計	1 5 0 0	円

詳細健診を実施した場合は詳細健診の健診結果と窓口負担を記入してください。
 非特定健診を実施した場合は非特定健診の健診結果と窓口負担を記入してください。
 ※窓口負担区分が「1:負担なし」のときは、窓口負担内容・金額の省略が可能です。

[A3版]検査結果と窓口負担の対応(4)

・・・ 記入例 ・・・

基本健診+詳細健診(心電図)+非特定健診(貧血+非特定健診)を実施した場合

【非特定健診として実施】 実施理由:空欄 結果値:該当項目に記入	【詳細健診として実施】 実施理由:記入 結果値:該当項目に記入	【未実施】 空欄
---	--	--------------------

健診結果	貧血 今回実施する理由 1:質問票 2:診察 赤血球数(万/mm ³) 5 0 0 血色素量(g/dl) 2 3 . 5 ヘマトクリット値(%) 5 0 . 0	心電図 前年度結果に基づき今回実施する理由 1:質問票 2:診察 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 0 7 7 3	眼底 前年度結果に基づき今回実施する理由 1:質問票 2:診察 キースワグナー分類 1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV シュエイエ分類S 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4 シュエイエ分類H 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4 糖尿病性網膜症 SCOTT分類 1:異常なし 2:1: Ia 2: I b 3: II 4: IIIa 5: IIIb 6: IV 7: Va 8: Vb 9: VI Davis分類 1:単純網膜症 2:増殖前網膜症 3:増殖網膜症 その他の所見	【実施】 実施項目に記入
	非特定健診 尿潜血 2 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++ 総コレステロール(mg/dl) 2 3 5 総蛋白(g/dl)	血清クレアチニン(mg/dl) . . 総ビリルビン(mg/dl) . .	血清尿酸(mg/dl) 7 . 8 ALP(U/l) . .	
	血清フェリチン(ng/ml) . .	血清アルブミン(g/dl) 5 . 0		

受診券または契約情報より転記・計算

基本健診:窓口負担を記入
 詳細健診:「心電図」の窓口負担を記入(負担なしの場合は0円)
 非特定健診:「貧血+非特定健診」の窓口負担を記入
 窓口負担合計:窓口負担の合計額を記入

決済情報	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	3 1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	3 0 円又は% ⇒ 2 4 0 0 円
	詳細健診	1 1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	0 円又は% ⇒ 0 円
	非特定健診項目	2 1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	1 0 0 0 円又は% ⇒ 1 0 0 0 円
	委託料単価区分	1 1:個別健診 代行機関(提出先) 2:集団健診	1 1:国保連合会 2:支払基金 3:その他
		窓口負担額合計	3 4 0 0 円