

【特定健康診査・健康診査結果入力票】(報告用)

フリガナ 氏名	性別	受診券番号	保険証記号・番号
	年齢	保険者番号	受診日 年 月 日

計測	身長	cm	血圧	最高	mmHg	*1…最高血圧130mmHg以上または最低血圧85mmHg以上の場合は、2回目の血圧測定を行います。 *2…2回測定し、詳細検査の基準に血圧を用いた場合は、平均値(小数点以下切捨て)を記載してください。血圧の判定は1回目と2回目の平均値を用います。
	体重	kg		1回目	mmHg	
	腹囲	cm	2回目*1	最小	mmHg	
				平均値*2	mmHg	
特記事項:						

脂質	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
	中性脂肪(TG)	mg/dL
糖尿病	ヘモグロビンA1c	(%)
	空腹時血糖	mg/dL
	随時血糖	mg/dL

採血時間	食事開始時から( )時間
------	--------------

※採血時間は必ずご記入ください。

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

貧血	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 実施:理由コード	
	赤血球数	万/mm <sup>3</sup>
	ヘマトクリット	(%)
	血色素量(ヘモグロビン)	g/dL

検尿	尿蛋白	- ± + 2+ 3+以上
	尿糖	- ± + 2+ 3+以上
	<input type="checkbox"/> 測定不能	
特記事項:		

心電図所見	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 実施			
	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 洞性徐脈	<input type="checkbox"/> 洞性頻脈	<input type="checkbox"/> PAC散発
	<input type="checkbox"/> PAC頻発	<input type="checkbox"/> PVC散発	<input type="checkbox"/> PVC頻発	<input type="checkbox"/> 心房細動
	<input type="checkbox"/> 左軸偏位	<input type="checkbox"/> 右軸偏位	<input type="checkbox"/> 左脚前枝ブロック	<input type="checkbox"/> 左室高電位
	<input type="checkbox"/> 左室肥大	<input type="checkbox"/> 軽度ST低下	<input type="checkbox"/> 中等度ST低下	<input type="checkbox"/> T波平低化
	<input type="checkbox"/> 中等度陰性T波	<input type="checkbox"/> I度房室ブロック	<input type="checkbox"/> IRBBB	<input type="checkbox"/> RBBB
	<input type="checkbox"/> WPW症候群			
	その他所見(別添のコード表を参考に記入してください。)			
	①	②	特記事項:	

眼底所見	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 実施:理由コード		
	S区分	0 I II III IV	<input type="checkbox"/> 判定不能
	H区分	0 I II III IV	<input type="checkbox"/> 判定不能
	Kワグナー	0 I II a II b III IV	<input type="checkbox"/> 判定不能
その他所見			

診察所見	<input type="checkbox"/> 所見なし		
	所見あり(別添のコード表を参考に記入してください。)		
	① (所見)	② (所見)	③ (判定※)
※「判定」欄は、通常記入しないでください。			

※白内障等で眼底の判定が出来ない場合は、記載方法について特定健康診査マニュアルp44を参照

クレアチニン	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 実施	
	血清クレアチニン	mg/dL

※クレアチニンは、小数点以下2桁まで記入してください。

追加項目	血清クレアチニン	mg/dL
	血清尿酸	mg/dL

※追加項目は、高知県内の「市町村国保・医師国保加入者に対する特定健診」、「健康増進法に基づく健康診査」、「後期高齢者に対する健康診査」のみ実施します。

医師自由記載欄	
---------	--

特定保健指導	健診当日に初回面談実施
	<input type="checkbox"/> 実施

※受診券が特定保健指導とのセット券の場合のみ、初回面談が実施できます。チェックがなければ請求が受け付けられません。

医療機関名	医師サイン
-------	-------