

①健康実施年月日 西暦 20 年 月 日

②健診機関情報

健診機関番号

健診実施機関名

健診機関郵便番号

健診機関所在地

TEL: FAX:

③受診券・受診者情報

秋田市国民健康保険 被保険者証等番号(7桁) 00050013

後期高齢者医療広域連合 被保険者証等番号(8桁) 39052014

カナ 漢字

性別 男性 女性

生年月日 西暦 年 月 日 年齢 歳

受診者住所 秋田市

受診券番号 261

有効期限 西暦 2027年 03月 31日

基本健診 1 1.負担なし 円

詳細健診 1 1.負担なし 円

追加健診 1 1.負担なし 円

⑤健康診査質問票(問診)

1. 現在の健康状態 1. よい 2. まあよい 3. 普通 4. あまりよくない 5. よくない

2. 毎日の生活に満足 1. 満足 2. やや満足 3. やや不満 4. 不満

3. 1日3食 1. はい 2. いいえ

4. 半年前に比べて固いものが食べにくい 1. はい 2. いいえ

5. お茶や汁物等でむせる 1. はい 2. いいえ

6. 6か月間で2~3kg以上の体重減少 1. はい 2. いいえ

7. 歩く速度が遅くなった 1. はい 2. いいえ

8. この1年間に転んだことがある 1. はい 2. いいえ

9. ウォーキング等の運動を週に1回以上している 1. はい 2. いいえ

10. 物忘れがあるといわれている 1. はい 2. いいえ

11. 今日が何月何日かわからない時がある 1. はい 2. いいえ

12. タバコを吸う 1. 吸っている 2. 吸っていない 3. やめた

13. 週に1回以上外出する 1. はい 2. いいえ

14. ふだんから家族や友人と付き合いがある 1. はい 2. いいえ

15. 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいる 1. はい 2. いいえ

⑥健診結果情報(基本項目)

身長 cm

体重 kg

BMI

診察

既往症 あり(下記記入/40字以内) なし

自覚症状 あり(下記記入/40字以内) なし

他覚症状 あり(下記記入/40字以内) なし

収縮期血圧 mmHg

拡張期血圧 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

non-HDLコレステロール mg/dl

AST(GOT) U/L

ALT(GPT) U/L

γ-GT(γ-GTP) U/L

血糖値 mg/dl

HbA1c(NGSP値) %

採血時間 食後10時間以上 食後3.5時間以上10時間未満 食後3.5時間未満

尿糖 ー 土 + ++ +++

尿蛋白 ー 土 + ++ +++

尿検査未実施理由 1. 生理中 2. 腎疾患等 3. その他

「3. その他」を選択した場合は、「医師の判断」欄に実施できなかった理由を明記すること。

⑦健診結果情報(詳細項目)

血清クレアチニン mg/dl

eGFR ml/min/1.73m2

実施理由

貧血検査

ヘマトクリット値 %

血色素量 g/dl

赤血球数 万/mm

実施理由

⑧心電図検査

1. 検査結果対象者 2. 不整脈

異常所見あり 異常所見なし

所見

実施理由

眼底検査

キースワグナー分類 0 I IIa IIb III IV

シェイエ分類:H 0 1 2 3 4

シェイエ分類:S 0 1 2 3 4

SCOTT分類 Ia Ib II IIIa IIIb IV Va Vb VI

Wang-Michell分類 所見無 軽度 中等度 重度

改変Davis分類 網膜症無し 単純網膜症 増殖前網膜症 増殖網膜症

所見

実施理由

④決済情報

請求区分 1 1.基本 基本項目単価 7957 円

請求区分 1 1.詳細 貧血検査単価 231 円

請求区分 1 1.詳細 心電図検査単価 1650 円

請求区分 1 1.詳細 眼底検査単価 1232 円

請求区分 1 1.詳細 2.追加 クレアチニン・eGFR検査単価 121 円

請求区分 2 2.追加 尿酸検査単価 121 円

請求金額 円

⑨医師の氏名・判断(楷書で記入してください)

氏名

判断

⑩追加健診項目(血清クレアチニンは⑦欄を利用すること。)

尿酸 mg/dl