

①健診実施年月日 西暦 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 00050013
 被保険者証等番号(7桁)
 後期高齢者医療広域連合 39052014
 被保険者証等番号(8桁)
 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
 有効期限 西暦 年 月 日
 基本健診 1. 負担なし 円
 詳細健診 1. 負担なし 円
 追加健診 1. 負担なし 円

④決済情報

請求区分	1	基本	基本項目単価	8177	円
	1	詳細	貧血検査単価	231	円
	1	詳細	心電図検査単価	1650	円
	1	詳細	眼底検査単価	1232	円
	1	詳細	クレアチン・eGFR検査単価	121	円
	2	追加	尿酸検査単価	121	円

請求金額

⑤特定健康診査質問票(問診)

- 服薬(血圧) 1. はい 2. いいえ
- 服薬(血糖) 1. はい 2. いいえ
- 服薬(脂質) 1. はい 2. いいえ
- 脳卒中 1. はい 2. いいえ
- 心臓病 1. はい 2. いいえ
- 腎不全/透析 1. はい 2. いいえ
- 貧血 1. はい 2. いいえ
- 習慣的喫煙(現在) 1. はい 2. 以前あり、最近は吸っていない 3. いいえ
- 20歳から10kg増加 1. はい 2. いいえ
- 1日30分以上の運動習慣 1. はい 2. いいえ
- 1日1時間の歩行又は同等の身体活動 1. はい 2. いいえ
- 歩行速度が速い 1. はい 2. いいえ
- かんで食べる状態 1. 何でもかんで食べる 2. かみにくい 3. ほとんどかめない
- 食べる早さ 1. 速い 2. 普通 3. 遅い
- 就寝前2時間以内の夕食・週3回以上 1. はい 2. いいえ
- 3食以外の間食・甘い飲み物 1. 毎日 2. 時々 3. ほとんどない
- 朝食を抜く・週3回以上 1. はい 2. いいえ
- 飲酒頻度 1. 毎日 2. 週5~6日 3. 週3~4日 4. 週1~2日 5. 月1~3回 6. 月1日未満 7. やめた 8. 飲まない(飲めない)
- 1日の飲酒量 1. 1合未満 2. 1~2合 3. 2~3合 4. 3~5合 5. 5合以上
- 睡眠での十分な休養 1. はい 2. いいえ
- 生活習慣改善の意思 1. 意思なし 2. 意思あり(6ヶ月以内) 3. 意思あり(1ヶ月以内) 4. 取組み済み(6ヶ月未満)
- これまで保健指導を受けたことがあるか 1. はい 2. いいえ

⑥健診結果情報(基本項目)

身長 cm
 体重 kg
 腹囲 cm
 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

尿蛋白

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/mm3
 実施理由

心電図検査

1. 検査結果対象者 異常所見あり 異常所見なし
 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

キースワクナー分類

シェイエ分類:H

シェイエ分類:S

SCOTT分類

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

⑧医師の氏名・判断(楷書で記入してください)

氏名
 判断

⑨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