

①健診実施年月日 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番号(7桁) 00050013
後期高齢者医療広域連合被保険者証番号(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 221
有効期限 西暦 2024 年 03 月 31 日
基本健診 1 1.負担なし 0円
詳細健診 1 1.負担なし 0円
追加健診 1 1.負担なし 0円

④決済情報

請求区分	1	1.基本	基本項目単価	7765	円
	1	1.詳細	貧血検査単価	231	円
	1	1.詳細	心電図検査単価	1650	円
	1	1.詳細	眼底検査単価	1232	円
	1	1.詳細 2.追加	クレアチン・eGFR 検査単価	121	円
	2	2.追加	尿酸検査単価	121	円

請求金額 円

⑤特定健康診査質問票(問診)

1. 服薬(血圧) 1. はい 2. いいえ
2. 服薬(血糖) 1. はい 2. いいえ
3. 服薬(脂質) 1. はい 2. いいえ
4. 脳卒中 1. はい 2. いいえ
5. 心臓病 1. はい 2. いいえ
6. 腎不全/透析 1. はい 2. いいえ
7. 貧血 1. はい 2. いいえ
8. 習慣的喫煙(現在) 1. はい 2. いいえ
9. 20歳から10kg増加 1. はい 2. いいえ
10. 運動習慣 1. はい 2. いいえ
11. 1日1時間歩く 1. はい 2. いいえ
12. 歩行速度が速い 1. はい 2. いいえ
13. かんて食べる状態
1.何でもかんて食べる 2.かみにくい 3.ほとんどかめない
14. 食べる早さ 1. 速い 2. 普通 3. 遅い
15. 就寝前2時間以内の夕食 1. はい 2. いいえ
16. 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
17. 朝食を抜く 1. はい 2. いいえ
18. 飲酒頻度 1. 毎日 2. 時々 3. 飲まない
19. 1日の飲酒量 1. 1合未満 2. 1~2合 3. 2~3合 4. 3合以上
20. 十分な睡眠 1. はい 2. いいえ
21. 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)
5. 取組み済み(6ヶ月以上)
22. 保健指導の希望 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 (腹囲測定方法: 1.実測 2.自己測定 3.自己申告)
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(上) [] [] [] [] mmHg
拡張期血圧(下) [] [] [] [] 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
GOT(AST) [] [] [] [] U/l
GPT(ALT) [] [] [] [] U/l
γ-GT(γ-GTP) [] [] [] [] U/l
空腹時血糖値 [] [] [] [] mg/dl
HbA1c(NGSP値) [] [] [] [] %
随時血糖値 [] [] [] [] mg/dl
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 - ± + ++ +++

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
ヘマトクリット値 [] [] [] [] %
血色素量 [] [] [] [] g/dl
赤血球数 [] [] [] [] 万/mm
検査結果対象者 不整脈
 異常所見あり 異常所見なし
心電図検査
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

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