

特定健康診査用入力票(平成20年度)

(埼玉県医師会集合契約特定健康診査)

医療機関控

健診医療機関番号																				
機関名称(押印可)																				

委託料単価(記入省略可)
個別 集団

基本情報・受診者情報
受診券・被保険者証情報

健診年月日(西暦)
20 年 月 日

受診券番号

受診者氏名(カタカナ)
姓 名
漢字表記(姓 名)

性別 男 女

生年月日(和暦) 昭和 年 月 日

受診券有効期限(西暦) 20 年 月 日

窓口負担 負担なし 定額負担 定率負担 %

(代行機関(提出先) 支払基金 国保連合会)

受診者窓口負担額 円

保険者番号

被保険者証等記号

被保険者証等番号

郵便番号 - 住所

質問票

1.服薬(血圧) あり なし

2.服薬(血糖) あり なし

3.服薬(脂質) あり なし

4.既往歴(脳血管) あり なし

5.既往歴(心疾患) あり なし

6.既往歴(腎不全・人工透析) あり なし

7.既往歴(貧血) あり なし

8.喫煙歴 あり なし

18.飲酒 毎日 時々
殆ど飲まない、飲めない

22.保健指導の希望 あり なし

診察 あり なし

その他の既往歴 あり なし

自覚症状 あり なし

診察・他覚 あり なし

身体計測

身長 cm

体重 kg

BMI(自動計算のため記入不要) 25.0未満

腹囲 cm M 85 F90未満

収縮期血圧 mmHg 130未満

拡張期血圧 mmHg 85未満

糖 - ± + 2+ 3+

尿 - ± + 2+ 3+

血糖

空腹時血糖 mg/dl 100未満

脂質

中性脂肪 mg/dl 150未満

HDLコレステロール mg/dl 40以上

LDLコレステロール mg/dl 120未満

肝機能

GOT(AST) U/l 31未満

GPT(ALT) U/l 31未満

-GT(-GTP) U/l 51未満

検査分野別判定

血圧 正常 異常

尿 正常 異常

血糖 正常 異常

血中脂質 正常 異常

肝機能 正常 異常

メタボリックシンドローム判定(未記入可) 基準該当 予備群該当 非該当 判定不能

医師の判断 異常認めず 要観察 要指導 治療中 要医療

医師の判断

医師の氏名 _____ (押印可)