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)

入力業者提出用

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

ここに受診券を添付してください

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

代行機関(提出先)
□ 支払基金 □ 国保連合会

保険者番号

□ 定額負担 → 受診者窓口負担額 円

□ 定率負担 % → 受診者窓口負担額 円

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

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

血圧

収縮期血圧 mmHg
130未満

拡張期血圧 mmHg
85未満

尿

糖 □− □± □＋ □2+ □3+

蛋白 □− □± □＋ □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

γ-GT(γ-GTP) U/l
51未満

医師の判断

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

医師の氏名 (押印可)