特定健康診査用入力票

実施日 20 年 月 日

受診券(セット券)番号

2 5 5 0 0 0 0

受診者氏名

性別 1:男 2:女

生年月日 昭和 年 月 日

被保険者等記号・番号 道 医 ー

採血時間 1:食後10時間以上 2:食後3.5時間以上10時間未満 3:食後3.5時間未満

(血圧)服薬 1:あり 2:なし

(血糖)服薬 1:あり 2:なし

(脂質)服薬 1:あり 2:なし

喫煙 1:はい 2:いいえ

既往歴 1:あり 2:なし 1:脳卒中 2:心臓病 3:腎不全

自覚症状 1:あり 2:なし 1:疲れやすい 2:動悸・息切れ 3:多尿・頻尿 4:目まい

他覚症状 1:あり 2:なし 1:結膜蒼白 2:浮腫 3:心音不純 4:肝臓肥大

収縮期血圧 mmHg 拡張期血圧 mmHg

身長 . cm

体重 . kg

BMI . kg/m2

腹囲 . cm

空腹時中性脂肪 mg/dl

随時中性脂肪 mg/dl

HDL mg/dl

LDL mg/dl

Non-HDL mg/dl

AST(GOT) U/l

ALT(GPT) U/l

γ-GT(γ-GTP) U/l

空腹時血糖 mg/dl

随時血糖 mg/dl

HbA1c . %

尿糖 1:－ 2:± 3:+ 4:++ 5:+++

尿蛋白 1:－ 2:± 3:+ 4:++ 5:+++

(尿検査未実施の場合)測定不可・未実施理由 1:腎疾患等の基礎疾患 2:生理中

詳細健診

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 1:質問票 2:診察 3:貧血疑い

心電図検査

所見有無 1:あり 2:なし

所見 1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査

実施理由 1:診察 2:不整脈疑い 3:検査結果

眼底検査

キースワグナー分類 1:0 2:Ⅰ 3:Ⅱa 4:Ⅱb 5:Ⅲ 6:Ⅳ

シェイエ分類:H 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4

シェイエ分類:S 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4

SCOTT分類 1:Ⅰa 2:Ⅰb 3:Ⅱ 4:Ⅲa 5:Ⅲb 6:Ⅳ 7:Ⅴa 8:Ⅴb 9:Ⅵ

実施理由 1:診察 2:検査結果(当該年度) 3:検査結果(前年度)

血清クレアチニン検査

血清クレアチニン値 . mg/dl

eGFR . ml/min/1.73m2

実施理由 1:診察 2:検査結果

メタボリックシンドローム判定 1:基準該当 2:予備群該当 3:非該当 4:判定不能

医師の判断 1:異常を認めず 2:要指導 3:要観察 4:治療中 5:要医療

医師氏名

特定健診機関番号

医療機関名称