

特定健診等結果・入力票

様

健診実施機関名

年 月 日に 当院で受診された特定健康診査等の結果は次のとおりです。

検査の結果、メタボリックシンドロームと判定された方のうち、保健指導が必要な方には、医療保険者(市町国保、健保組合、共済組合、国保組合など)から「利用券」が送付されますので、保健指導を必ず受けてください。

医師判断	検査分野別判定		メタボリックシンドローム判定		医師の判断	
	1: 正常 2: 異常	1: 正常 2: 異常	1: 基準該当 2: 予備群該当 3: 非該当 4: 判定不能	1: 異常認めず 2: 要観察 3: 要指導 4: 治療中 5: 要医療	1: 正常 2: 異常	1: 正常 2: 異常

医師の説明

【特定健診等の結果の内容】

実施方法 1: 単独実施 2: 生活機能評価同時実施(特定高齢者候補者) 3: 生活機能評価同時実施(非特定高齢者候補者)
※ 2は「生活機能チェックリスト」と「生活機能検査」を同時実施、3は「生活機能チェックリスト」のみ同時実施

機関番号 3 5 1 医師の氏名

受診者カナ氏名

健診年月日 20 年 月 日 生年月日 1: 明治2: 大正 3: 昭和 年号 年 月 日 性別 1: 男 2: 女

1 服薬(血圧) 1: 服薬あり 2: 服薬なし	4 既往歴(脳血管) 1: はい 2: いいえ	7 既往歴(貧血) 1: はい 2: いいえ	22 保健指導の希望 1: はい 2: いいえ	その他の既往歴
2 服薬(血糖) 1: 服薬あり 2: 服薬なし	5 既往歴(心疾患) 1: はい 2: いいえ	8 喫煙歴 1: はい 2: いいえ	18 飲酒 1: 毎日 2: 時々 3: ほとんど飲まない	自覚症状
3 服薬(脂質) 1: 服薬あり 2: 服薬なし	6 既往歴(腎不全・人工透析) 1: はい 2: いいえ	診察	他覚症状	他覚症状

身長(cm) 体重(kg)	腹囲(cm) 腹囲測定法 1: 実測 2: 自己測定	収縮時血圧(mmHg) 1: 1回目 2: 2回目 3: その他(平均値等)	糖 1: - 2: ± 3: + 4: ++ 5: +++以上
身体計測	血圧 拡張時血圧(mmHg)	尿 蛋白 1: - 2: ± 3: + 4: ++ 5: +++以上	尿

LDLコレステロールに変わってnon-HDLコレステロールを実施した場合はこの部分にご記入ください。
※中性脂肪が400mg/dl以上である場合又は食後に採血する場合は、LDLコレステロールの量の検査に代えて、Non-HDLコレステロールの量の検査を行うことができる。

随時血糖による検査を実施した場合には記入ください。
※空腹時以外でHbA1cを測定しない場合、食事開始時から3.5時間未満を除き随時血糖による血糖検査可

30年度以降の実施理由は下記の中からお選びください。
1: 質問票 2: 診察 3: 必須項目 4: 不整脈
※「4: 不整脈」は心電図(下記)の判断基準の②に該当する場合
①血圧 a: 収縮期140mmHg以上 b: 拡張期90mmHg以上
②不整脈 自覚症状及び他覚症状の有無の検査(身体診察)において、現に不整脈が疑われるもの

30年度以降の実施理由は下記の中からお選びください。
1: 質問票 2: 診察 3: 前年度
※「3: 前年度」は当該年度の結果等のうち、血圧が基準に該当せず、かつ当該年度の血糖検査の結果を確認することができない場合において、前年度の特定健診等の結果等において血糖が基準に該当した場合。

血清クレアチンが詳細な健診項目に追加されましたので、実施理由とeGFRをこの部分にご記入ください。
実施理由は「1: 質問票 2: 診察 3: 必須項目」からお選びください。

眼底検査で新たに追加されたWong-Mitcell分類と改変Davis分類はこの部分にご記入ください。

受診券番号 20 年 月 日 保険者番号

被保険者証等記号 番号

郵便番号 住所

※住所は市区町村よりご記入ください。

特定健診 決済情報	窓口負担(受診券記載)		窓口負担	
	基本健診 1: 負担なし 2: 定額負担 3: 定率負担 4: 保険者負担上限	円又は%	円又は%	円
詳細健診 1: 負担なし 2: 定額負担 3: 定率負担 4: 保険者負担上限	円又は%	円又は%	円	
追加健診 項目 1: 負担なし 2: 定額負担 3: 定率負担 4: 保険者負担上限	円又は%	円又は%	円	
委託料単価 区分 1: 個別健診 2: 集団健診	代行機関 (提出先) 1: 国保連合会 2: 支払基金	窓口負担額合計	円	
		請求金額	円	