

①健康実施年月日 西暦 20 年 月 日

②健康機関情報

健康機関番号  
健康実施機関名  
健康機関郵便番号  
健康機関所在地

TEL: FAX:

③受診券・受診者情報

秋田市国民健康保険 被保険者証等番号(7桁) 00050013  
後期高齢者医療広域連合 被保険者証等番号(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 241  
有効期限 西暦 2025年 03月 31日

基本健診 1 1.負担なし 円  
詳細健診 1 1.負担なし 円  
追加健診 1 1.負担なし 円

④決済情報

請求区分	1	1.基本	基本項目単価	7875	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	クレアチニン・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健康診査質問票(問診)

- 現在の健康状態  
1. よい 2. まあよい 3. 普通  
4. あまりよくない 5. よくない
- 毎日の生活に満足  
1. 満足 2. やや満足  
3. やや不満 4. 不満
- 1日3食  
1. はい 2. いいえ
- 半年前に比べて固いものが食べにくい  
1. はい 2. いいえ
- お茶や汁物等でむせる  
1. はい 2. いいえ
- 6か月間で2~3kg以上の体重減少  
1. はい 2. いいえ
- 歩く速度が遅くなった  
1. はい 2. いいえ
- この1年間に転んだことがある  
1. はい 2. いいえ
- ウォーキング等の運動を週に1回以上している  
1. はい 2. いいえ
- 物忘れがあるといわれている  
1. はい 2. いいえ
- 今日が何月何日かわからない時がある  
1. はい 2. いいえ
- タバコを吸う  
1. 吸っている 2. 吸っていない 3. やめた
- 週に1回以上外出する  
1. はい 2. いいえ
- ふだんから家族や友人と付き合いがある  
1. はい 2. いいえ
- 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいる  
1. はい 2. いいえ

⑥健康診査結果情報(基本項目)

身長 [ ] [ ] [ ] [ ] cm  
体重 [ ] [ ] [ ] [ ] kg  
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

空腹時中性脂肪  
 随時中性脂肪 [ ] [ ] [ ] [ ] 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

AST(GOT) [ ] [ ] [ ] [ ] U/L  
ALT(GPT) [ ] [ ] [ ] [ ] 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健康診査結果情報(詳細項目)

血清クレアチニン [ ] [ ] [ ] [ ] mg/dl  
eGFR [ ] [ ] [ ] [ ] ml/min/1.73m2

貧血検査  
ヘマトクリット値 [ ] [ ] [ ] [ ] %  
血色素量 [ ] [ ] [ ] [ ] g/dl  
赤血球数 [ ] [ ] [ ] [ ] 万/mm3

心電図検査

検査結果対象者  不整脈  
 異常所見あり  異常所見なし

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