令和6年度版

秋田市特定健康診査結果入力シート（税込）

楷書で記入してください

①健診実施年月日

西暦 2 0 年 月 日

②健診機関情報

健診機関番号

健診実施機関名

健診機関郵便番号 －

健診機関所在地

TEL:　FAX:

③受診券・受診者情報

☐ 秋田市国民健康保険 0 0 0 5 0 0 1 3
被保険者証等番号（7桁）

☐ 後期高齢者医療広域連合 3 9 0 5 2 0 1 4
被保険者証等番号（8桁）

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 2 4 1

有効期限 西暦 2 0 2 5 年 0 3 月 3 1 日

基本健診	1	1. 負担なし	0	円
詳細健診	1	1. 負担なし	0	円
追加健診	1	1. 負担なし	0	円

④決済情報

請求区分

1. 基本
2. 基本＋詳細
3. 基本＋追加
4. 基本＋詳細＋追加

請求区分	1	1. 基本	基本項目単価	8095	円
請求区分	1	1. 詳細	貧血検査単価	231	円
請求区分	1	1. 詳細	心電図検査単価	1650	円
請求区分	1	1. 詳細	眼底検査単価	1232	円
請求区分		1. 詳細 2. 追加	クレアチニン・eGFR検査単価	121	円
請求区分	2	2. 追加	尿酸検査単価	121	円

請求金額 円

⑤特定健康診査質問票（問診）

1. 服薬（血圧）　1. はい　2. いいえ
2. 服薬（血糖）　1. はい　2. いいえ
3. 服薬（脂質）　1. はい　2. いいえ
4. 脳卒中　1. はい　2. いいえ
5. 心臓病　1. はい　2. いいえ
6. 腎不全／透析　1. はい　2. いいえ
7. 貧血　1. はい　2. いいえ
8. 習慣的喫煙（現在）
   1. はい　2. 以前あり、最近は吸っていない　3. いいえ
9. 20歳から10kg増加　1. はい　2. いいえ
10. 運動習慣　1. はい　2. いいえ
11. 1日1時間歩く　1. はい　2. いいえ
12. 歩行速度が速い　1. はい　2. いいえ
13. かんで食べる状態
   1.何でもかんで食べる　2.かみにくい　3.ほとんどかめない
14. 食べる早さ
   1. 速い　2. 普通　3. 遅い
15. 就寝前2時間以内の夕食　1. はい　2. いいえ
16. 3食以外の間食・甘い飲み物
   1. 毎日　2. 時々　3. ほとんどない
17. 朝食を抜く　1. はい　2. いいえ
18. 飲酒頻度
   1. 毎日　2. 週5～6日　3. 週3～4日
   4. 週1～2日　5. 月1～3回　6. 月1日未満
   7. やめた　8. 飲まない（飲めない）
19. 1日の飲酒量
   1. 1合未満　2. 1～2合　3. 2～3合
   4. 3～5合　5. 5合以上
20. 十分な睡眠　1. はい　2. いいえ
21. 生活習慣改善の意思
   1. 意思なし　2. 意思あり（6ヶ月以内）
   3. 意思あり（1ヶ月以内）　4. 取組み済み（6ヶ月未満）
   5. 取組み済み（6ヶ月以上）
22. これまで保健指導を受けたことがあるか　1. はい　2. いいえ

◆1～7の病気以外の既往歴　なし　あり（　　）

◆最近1か月で気になっている症状　なし　あり（　　）

⑥健診結果情報（基本項目）

身長	.	cm
体重	.	kg
腹囲	.	cm
BMI	.	

（腹囲測定方法）
1. 実測
2. 自己測定
3. 自己申告

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 ☐ 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健診結果情報（詳細項目）

血清クレアチニン

血清クレアチニン . mg／dl

eGFR ml/min/1.73m2

実施理由

貧血検査

ヘマトクリット値 . %

血色素量 . g／dl

赤血球数 万／mm

実施理由

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