

※記入例

・該当区分に○を記入

以下の欄は、医療機関・健診機関にて記載します。(各種機関の方へ:右詰で記入してください)

〈受診情報〉

実施区分 (該当区分に○) 個別 集団

実施年月日 (西暦) 20180701

〈健診機関情報〉

健診機関番号 2410000000

保険者番号 00240000

整理番号 18100000000

被保険者番号 0000012345

〈窓口負担額〉

窓口負担額 500

・該当区分に○を記入 (ありの場合は詳細を記入)

既往歴 (あり) (高血圧症) ・なし
 自覚症状 あり () なし
 他覚症状 あり () なし

区分	項目	結果	単位
身体測定	身長	170.0	cm
	体重	66.0	kg
	腹囲	85.0	cm
	BMI	22.8	kg/m ²

理学的検査(身体診察)

区分	項目	結果	単位
血圧	収縮期血圧	118	mmHg
	拡張期血圧	80	mmHg
血中脂質検査	中性脂肪	20	mg/dl
	HDLコレステロール	50	mg/dl
	LDLコレステロール	120	mg/dl
	non-HDLコレステロール		mg/dl
肝機能検査	GOT(AST)	57	IU/L
	GPT(ALT)	46	IU/L
	γ-GT(γ-GTP)	93	IU/L
血糖検査	空腹時血糖	140	mg/dl
	採血時間(食後)	10	時間
	HbA1c(NGSP値で記入)		%
	随時血糖		mg/dl
尿検査	糖	① - 2.± 3.+ 4.++ 5.+++	
	蛋白	① - 2.± 3.+ 4.++ 5.+++	
尿検査	潜血	① - 2.± 3.+ 4.++ 5.+++	
肝機能検査	アルブミン	4.5	g/dl
腎機能検査	BUN(尿素窒素)	14.0	mg/dl
尿酸代謝検査	尿酸	5.0	mg/dl
貧血検査	赤血球数	470	万/mm ³
	血色素量(ヘモグロビン値)	10.1	g/dl
	ヘマトクリット値	35.5	%
心電図	心電図所見の有無(所見) 所見ありの場合は所見を記入	① 所見あり ② 所見なし	所見
	心電図対象者/実施理由 詳細項目として実施した場合は対象者と実施理由を記入	① 検査結果による対象者 ② 不整脈による対象者	実施理由
クレアチニン	クレアチニン	1.0	mg/dl
	eGFR	63.1	ml/min

・詳細項目の場合は実施理由を記入

・該当区分に○を記入
・所見ありの場合は所見を記入

・詳細項目の場合は、心電図、クレアチニンの対象者欄に○を記入のうえ、実施理由を記入

・実施した場合は対象者欄に○を記入のうえ、実施理由を記入

【一定の基準の下、医師が必要と認めた場合】

眼底検査	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
	眼底検査(シェイエ分類:H)	0 1 2 3 4
	眼底検査(シェイエ分類:S)	0 1 2 3 4
	眼底検査(SCOTT分類)	1. I(a) 2. I(b) 3. II 4. III(a) 5. III(b) 6. IV 7. V(a) 8. V(b) 9. VI
	眼底検査(Wong-Mitchell分類)	1. 所見なし 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度
	眼底検査(改変Davis分類)	1. 網膜症なし 2. 単純網膜症 3. 増殖前網膜症 4. 増殖性網膜症
	眼底検査(その他の所見)	
眼底検査対象者/実施理由 実施した場合は対象者と実施理由を記入		1. 検査結果による対象者 実施理由

メタボリックシンドローム判定(該当区分に○) 1. 該当 ② 予備群該当 3. 非該当 4. 判定

情報提供の方法(実施した場合は○) 1. 付加価値の高い情報提供 2. 専門職による対面説明 3. 1と2併用

保健指導の初回面接実施(実施した場合は○) 1. 健診当日に初回面接実施

医師の判断 軽度の貧血を認めます。栄養バランスの良い食事を心がけましょう
 医師の氏名 国保 太郎
 受診機関名 ○○病院

・実施した場合は該当項目に○を記入