

※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 (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