

特定健診記入票・後期高齢者健診記入票の記入例

- 記入が必要な項目
- 記入が不要な項目
- 記入に注意が必要な項目
- （何も印を付けていません）
- 二重線部（緑）
- 吹き出しコメント

いずれも特定健診記入票・後期高齢者健診記入票で共通です。

下記の金額を記入してください。

- ” 所属医師会 ” の右端
- ” 基本健診自己負担額 ”
- ：請求金額（窓口負担額を除く）
- ：窓口負担額

施設名は
・ゴム印の押印（1枚目のみで可）
・手書き
のどちらかをお願いします。

【生活保護者】

下記の記入としてください。
保険者番号：（空欄）
保険者名：生保
受診券整理番号：（空欄）
※他の保険者は、” 保険者名 ” は記入不要です。

【大分県後期高齢者】

保険者番号：39440003

【尿検査】

排尿障害等により検査が出来ない場合は、” 尿蛋白 ” / ” 尿糖 ” のチェック欄の右側に「中止」（または排尿障害）と記入してください。

【他覚所見/心電図検査/眼底検査】

回答で「所見なし」「特になし」にチェックを付ける場合は、コード：0000（異常なし、所見なし）は記入する必要はありません。

心電図検査または眼底検査を実施した場合は、” 医師判定（その他） ” に該当検査の判定を記入してください。（判定は、” 医師判定 ” の1～7から選択）
心電図検査、眼底検査の両方を自院で実施した際は、「心：1 眼：2」の様にどちらの検査の判定か分かる様に記入してください。

腹囲は、後期高齢者は測定・記入不要です。

治療中の疾患があり、医師の診断を「治療中」としたい場合は、” 7.治療中（継続） ” にチェックしてください。

医師名は
・ゴム印の押印（1枚目のみで可）
・手書き
のどちらかをお願いします。

特定健診記入票①（提出用）

健康保険番号 2401

受診日 西暦 20 年 月 日

保険者番号

保険者名

受診券整理番号

性別

年齢

住所

電話番号

特定健診票 記入欄

質問項目内容 右側の該当する□に「V」チェックを記入して下さい

1 現在、血圧を下げる薬を服用している

2 現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している

3 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用している

4 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある

5 医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある

6 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか

7 医師から貧血といわれたことがある

8 現在、たばこを習慣的に吸っていますか（条件1と条件2を共に満たす）
（条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）

9 20歳の時の体重から10kg以上増加している

10 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している

11 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している

12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いほうだと思う

13 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか

14 人と比較して食べる速度が速い

15 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある

16 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか

17 朝食を抜くことが週に3回以上ある

18 お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか
（「まやめた」とは、過去に1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）

19 1日あたりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15%・180ml）の目安：ビール（5%・500ml）、焼酎（25%・約110ml）、ワイン（14%・約180ml）、ウイスキー（43%・60ml）、生チューハイ（5%・約500ml、7%・約350ml）

20 睡眠で休養が十分取れている

21 運動や食生活などの生活習慣を改善しようと思いませんか（いずれか1つ）
1. 改善するつもりはない
2. 改善するつもりである（概ね6ヶ月以内）
3. 近いうち（概ね1ヶ月以内）に改善するつもりであり、少しずつ始めている
4. 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満）
5. 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）

22 生活習慣改善の保健指導を受けたことがありますか

500173 00042 <OCR帳票 記入上の注意>

特定健診記入票②（提出用）

施設名

健康保険番号 2401

受診日

保険者名

受診券整理番号

性別

年齢

住所

電話番号

特定健診票 記入欄

食後時間

身長

体重

BMI

腹囲

収縮期

拡張期

脈拍

尿蛋白

尿糖

女性

他覚所見（打聴聴）

実施理由

対象者

所見①

所見②

所見③

生活スタイル

医師判定

医師判定（その他）

医師名

<OCR帳票 記入上の注意>