

特定健診記入票①（提出用）

帳票No	2402	シーケンスNo	155503703
受診日	西暦 20 年 月 日	特定調剤医療機関番号	
保険者番号		医療機関名	
保険者名		所属会	
受診券番号		基本健診区分	割合 % 金額 円
診療番号		詳細健診区分	割合 % 金額 円
有効期限(西暦)	20 年 月 日	その他健診区分	割合 % 金額 円
健診区分		自己負担区分	1. 負担なし 2. 定額負担 3. 定率負担 4. 保険者負担上限
受診者力ナ氏名	本人 署名	代行機関	1. 国保連合会 2. 支払基金
受診者漢字氏名		9. その他	代行機関番号
性別 男 女		代行機関名	
住所		価格変更	
電話番号		左隣記入	
		被保険者番号	
		被保険者番号	
		被保険者番号	
		枝番	

質問項目内容		右欄の該当する□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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	医師から貧血といわれたことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	人と比較して食べる速度が速い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 (「※やめた」とは、過去に月1日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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)、缶チューハイ(5%・約500ml、7%・約350ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	睡眠で休養が十分取れている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	生活習慣改善の保健指導を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

特定健診記入票②（提出用）

受 診 日 (採 血 日)		施 設 コード		施 設 名	
				帳票No. 2402 シーケンスNo. 155503703	
採 血 No.		カ ナ 氏 名			

基本項目	食後時間		時間		分後		
	身長				cm		
	体重				kg		
	腹 囲				男 85cm未満 女 90cm未満		
	収縮期				mmHg 130未満(受診勧奨判定値 140以上)		
	拡張期				mmHg 85未満(受診勧奨判定値 90以上)		
	血圧測定方法		自動		手動		
	尿蛋白				(1-) (±) (1+) (2+) (3+以上)		
	尿糖				(1-) (±) (1+) (2+) (3+以上)		
	実施理由		1. 生理中		2. 腎疾患等		3. その他
他 覚 所 見 (打聴診)		特になし					

詳細項目	実施理由		1. 質問		2. 診察		3. 視診		4. 既往		5. 前年			
	所見なし													
	所見①		その他所見①											
	所見②		その他所見②											
	実施理由		1. 質問		2. 診察		4. 既往		5. 前年		6. 契約		7. その他	
	対象者		0. 診療報酬品外で実施		1. 検査結果による対象者		2. 不要診による対象者							
	所見なし													
	所見①		その他所見①											
	所見②		その他所見②											
	所見③		その他所見③											

詳細項目	実施理由		1. 質問		2. 診察		3. 視診		4. 既往		5. 前年	
	所見なし											
	所見①		その他所見①									
	所見②		その他所見②									
	所見③		その他所見③									
	実施理由		1. 質問		2. 診察		3. 視診		4. 既往		5. 前年	
	対象者		0. 診療報酬品外で実施		1. 検査結果による対象者		2. 不要診による対象者					
	所見なし											
	所見①		その他所見①									
	所見②		その他所見②									

詳細項目	実施理由		1. 質問		2. 診察		3. 視診		4. 既往		5. 前年	
	所見なし											
	所見①		その他所見①									
	所見②		その他所見②									
	所見③		その他所見③									
	実施理由		1. 質問		2. 診察		3. 視診		4. 既往		5. 前年	
	対象者		0. 診療報酬品外で実施		1. 検査結果による対象者		2. 不要診による対象者					
	所見なし											
	所見①		その他所見①									
	所見②		その他所見②									

詳細項目	実施理由		1. 質問		2. 診察		3. 視診		4. 既往		5. 前年	
	所見なし											
	所見①		その他所見①									
	所見②		その他所見②									
	所見③		その他所見③									
	実施理由		1. 質問		2. 診察		3. 視診		4. 既往		5. 前年	
	対象者		0. 診療報酬品外で実施		1. 検査結果による対象者		2. 不要診による対象者					
	所見なし											
	所見①		その他所見①									
	所見②		その他所見②									

詳細項目	実施理由		1.	
------	------	--	----	--

後期高齢者健診記入票① (提出用)

〔後期高齢者専用〕

機関No.	2401	シーケンスNo.	392290286
受診日	西暦 20 年 月 日	特定健診医療機関番号	
保険者番号		医療機関名	
保険者名		所 属 会 社	
受診番号		基本健診自己負担額	区別 割合 % 金額 円
有効期限(西暦) 20 年 月 日		詳細健診自己負担額	区別 割合 % 金額 円
受診者カナ氏名		その他追加健診自己負担額	区別 割合 % 金額 円
受診者漢字氏名		自己負担区分	1.負担なし 2.定額負担 3.定率負担 4.保険者負担上限
性別 男 女		代行機関	1.国保連合会 2.支払基金 3.その他 代行機関番号 代行機関名称
〒		価格変更	
住 所		左記記入	
電話番号		被保険者記号	
		被保険者番号	

V 特定健診

質問項目	内容	右欄の該当する□に「V」チェックを記入して下さい
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない
2	毎日の生活に満足していますか	1. 満足 2. やや満足 3. やや不満 4. 不満
3	1日3食きちんと食べていますか	1. はい 2. いいえ
4	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか *さきいか、たくあんなど	1. はい 2. いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい 2. いいえ
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい 2. いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	1. はい 2. いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	1. はい 2. いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	1. はい 2. いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていますか	1. はい 2. いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい 2. いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか	1. 吸っている 2. 吸っていない 3. やめた
13	週に1回以上は外出していますか	1. はい 2. いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	1. はい 2. いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	1. はい 2. いいえ

後期高齢者健診記入票② (提出用)

営業所コード 施設コード 施設名

機関No. 2401 シーケンスNo. 392290286

受診日 (採血日)	カナ氏名
採血No.	
身長	cm
体重	kg
腹囲	男 85cm未満 女 90cm未満
腹囲の測定方法	実測 自己測定 自己申告
収縮期血圧	mmHg 130未満(受診勧奨判定値 140以上)
拡張期血圧	mmHg 85未満(受診勧奨判定値 90以上)
血圧測定方法	自動 手動
尿蛋白	(-) (+) (1+) (2+) (3+以上)
尿糖	(-) (+) (1+) (2+) (3+以上)
未実施の理由	2. 腎臓病等の基礎疾患があるため尿検査実施を要する 3. その他
他 所 見 (打聴診)	何になし
実施理由	1. 質問 2. 診察 3. 検診 4. 既往 5. 前年 6. 契約 7. その他
所見なし	
所見①	その他所見①
所見②	その他所見②
実施理由	1. 質問 2. 診察 4. 既往 5. 前年 6. 契約 7. その他
対象者	0. 評定基準以外で実施 1. 特定疾患による対象者 2. 不実施による対象者
所見なし	
所見①	その他所見①
所見②	その他所見②
所見③	その他所見③
実施理由	1. 質問 2. 診察 3. 検診 4. 既往 5. 前年 6. 契約 7. その他
対象者	0. 評定基準以外で実施 1. 特定疾患による対象者
尿潜血	(-) (+) (1+) (2+) (3+以上)
医師判定	1. 異常なし 2. 軽度異常 3. 要経過観察 4. 要受診(再検) 5. 要受診(精密検査) 6. 要受診(緊急) 7. 治療中(継続)
医師判定(その他)	
医師名	