

特定健康診査用入力票

実施日 _____ 受診券整理番号 _____ 保険者番号 _____
 被保険者証等記号 _____ 番号 _____
 フリガナ _____ 生年月日 _____
 氏名 _____ 性別 _____ 年齢 _____

区 分	項 目	結果値	単 位
身体測定	身 長		cm
	体 重		kg
	腹 囲		cm
血 圧	収縮期血圧		mm[Hg]
	拡張期血圧		mm[Hg]
採血条件	採血時間(食後)		時間
血中脂質	中 性 脂 肪		mg/dL
	HDLコレステロール		mg/dL
	LDLコレステロール		mg/dL
肝 機 能	GOT (AST)		U/L
	GPT (ALT)		U/L
	γ -GT (γ -GTP)		U/L
血 糖	空腹時血糖		mg/dL
	HbA1c		%
尿	尿 糖		
	尿 蛋 白		

貧 血	貧血検査 (実施理由)	ヘマトクリット値		%
		血色素量[ヘモグロビン値]		g/dL
		赤 血 球 数		10*4/mm3

心 電 図	心電図 (実施理由)	
	心電図所見の有無	1. あり 2. なし
心電図所見		

眼 底	眼底(実施理由)	
	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	Ⅰ(a)・Ⅰ(b)・Ⅱ・Ⅲ(a)・Ⅲ(b)・Ⅳ・Ⅴ(a)・Ⅴ(b)・Ⅵ
その他所見		