

**埼玉県医師会集合契約における
特定健康診査実施概要
(平成 28 年度)**

埼玉県医師会

目 次

概要〔対象者・実施期間及び場所・受付時確認事項〕	1
概要〔検査項目〕	2
概要〔健診料金・請求支払方法〕	3
概要〔受診結果〕・特定健診実施医療機関の具体的基準	4
受診券様式	7
受診券における契約取りまとめ機関名の記載例とその対応	8
問診票様式	9
特定健康診査用入力票（医療機関控え）	10
特定健康診査用入力票（県医師会提出用）	11
特定健診集合契約送付票兼請求書	12
特定健康診査検査結果報告書（医療機関控え）	13
特定健康診査検査結果報告書（受診者通知用）	14
運営についての重要事項の関する規程の概要<健診機関>様式	15

被用者保険被扶養者における特定健康診査実施概要

1. 対象者

埼玉県医師会と代表保険者（平成 28 年度は埼玉縣市町村職員共済組合）とで締結している集合契約に参加している保険組合の被扶養者のうち、40 歳以上 74 歳以下の年齢に達する者（平成 28 年度の場合は、昭和 17 年 4 月 1 日から昭和 52 年 3 月 31 日生まれの者）

※ただし以下の者は対象外となります。

- (1) 妊産婦
 - (2) 病院または診療所に 6 ヶ月以上継続して入院している者
 - (3) 刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されている者
 - (4) 国内に住所を有しない者
 - (5) 船員保険の被保険者のうち相当な期間継続して船舶内にいる者
 - (6) 障害者自立支援法に規定する障害者自立支援施設等に入所している者
 - (7) 老人福祉法に規定する養護老人ホーム、特別養護老人ホームに入所している者
 - (8) 介護保険法に規定する特定施設、介護保険施設に入所している者
- ※参加保険者一覧は本会ホームページから閲覧、ダウンロードできます。

2. 実施期間及び場所

①実施期間；通年

※保険者ごとに受診券の有効期限があります。（必ず受診券確認）

②実施場所；集合契約に参加している医療機関（本会ホームページに一覧掲載）

※集合契約参加医療機関一覧は本会ホームページから閲覧、ダウンロードできます。

3. 受付時確認事項

①受診券・問診票と保険証を必ず確認してください。

それぞれの保険者が交付した特定健康診査受診券（以下「受診券」という）（7 ページ）、問診票（9 ページ）と保険証（または資格証明書）を受診者が持参しますので、被保険者であること、また、保険証と受診券の内容等が一致し、問題ないことを必ず確認し、受診券と問診票を受領してください。受診券があっても保険証がない場合、当該保険組合を脱会している場合もあり、その場合、受診できませんので、注意してください。

※受診券、保険証の両方を持参しない者は受診できません。

※問診票を持参しない者は予め医療機関に配布してあります問診票にその場で記入してもらってください。

※以下のようなケースが発生した場合の取扱いは次のとおりです。

想定されるケース	取扱い
健診機関において、受診券と被保険者証を確認しなかった場合(加入者が受診券または被保険者証を忘れてきた場合において、当該機関の判断で受診を認めた場合等)	当該機関の責任・負担とし、保険者からは支払わない。(機関は全額を受診者に請求)
健診機関において、受診券等に記載された内容と異なる検査・請求を行った場合(記載されていない上乗せ検査を行い、その費用の一部を請求した場合等)	
健診機関において、受診券と被保険者証を確認したものの、そのいずれかが不正なものであった場合(資格喪失していたものの、保険者が回収していなかった場合や、精巧に偽造またはコピーされたものであった場合等)	保険者の責任・負担とし、保険者は定められた費用を機関に支払い、保険者が受診者に請求

②問診票の 22 項目の回答欄に記入漏れがないか確認してください。

③受診券には、有効期限が記されておりますので、有効期限を過ぎているものについては、受診できません。

4. 検査項目

1) 基本的な健診項目

- ①問診(問診票による) ②身体計測(身長・体重・肥満度・腹囲)
 ③身体診察 ④血圧測定 ⑤尿検査(糖・蛋白) ⑥生化学的検査(中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール・AST [GOT]・ALT [GPT]・ γ -GT [γ -GTP]・血糖検査[空腹時]またはHbA1c 検査)

※全項目を実施しないと支払いの対象となりません。

※血糖検査は原則として空腹時血糖検査となりますが、検査前 10 時間以内に食事をしている受診者については、ヘモグロビン A1c の検査を実施してください。どちらで検査しても料金は変わりません。また、両方実施してしまった場合でも料金は変わりませんのでご注意ください。

2) 詳細な健診項目

- ①貧血検査 ②心電図検査(12誘導心電図) ③眼底検査

※詳細な健診は、医師の判断により実施するもので、その判断基準は以下のとおりです。

※全ての判断基準をみだしても最終的には医師の判断となります。

項目	実施できる条件(判断基準)	
貧血検査(ヘマトクリット値、色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者	
心電図検査 (12誘導心電図) 眼底検査	前年度の特定健康診査の結果等において、血糖、脂質、血圧及び腹囲等の全てについて、次の基準に該当した者(前年度の結果が不明な場合、実施しない)	
	血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、またはHbA1c(NGSP値)が5.6%以上
	脂質	中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満
	血圧	収縮期130mmHg以上、または拡張期85mmHg以上
	腹囲等	腹囲が男85cm、女90cm以上の者(内蔵脂肪面積の測定が出来る場合には内蔵脂肪面積が100cm ² 以上)、またはBMIが25以上の者

5. 健診料金

①基本健診部分

- ◎個別 8,000円(税込み)
- ◎集団 7,000円(税込み)

②詳細健診部分

- ◎貧血検査 227円(税込み)
- ◎心電図検査 1,404円(税込み)
- ◎眼底検査 1,210円(税込み)

※自己負担につきましては、必ず受診券にて確認をお願いします。請求金額は料金から自己負担額を引いた金額になります。

6. 請求・支払方法

請求支払方法として以下の3とおりが考えられます。

①医療機関で電子化が可能な場合

- 1) 医療機関が直接支払基金に請求し支払基金から支払を受ける。

②医療機関で電子化ができない場合

- 1) 医療機関は入力票等を郡市医師会に提出し、郡市医師会で代行入力を行い、電子化したうえで、郡市医師会は支払基金に請求し支払を受けます。支払を受けた郡市医師会は、所定の金額を医療機関に配分します。(この場合、入力手数料等は郡市医師会によって異なります。)
- 2) 医療機関は入力票等を埼玉県医師会に提出し、埼玉県医師会で代行入力を行い電子化したうえで、埼玉県医師会は支払基金に請求し支払を受けます。支払を受けた埼玉県医師会は、所定の金額を医療機関に配分します。(この場合、入力手数料が550円かかります。)

※②の2)を選択する際の費用の請求・支払

- 「入力票」(10・11ページ)は、2枚複写になっており、地元医師会にあります。「入力票」に基本情報・受診券情報・検査結果等をご記入の上、医師会提出用の入力票に受診券と問診票(原本が提出できない場合はコピーでも可)をホチキス等で止め、各月10日、25日を目途に「送付及び請求票」(12ページ:コピーしてご使用ください)を添えて、埼玉県医師会へ送付します。

★平成28年4月1日以降に平成27年度の入力票をご使用いただいても大丈夫です。

- 埼玉県医師会は電子化し、翌月5日までにデータを支払基金・国保連合会に送付します。

- 支払基金は内容を確認し、返戻の場合は提出月の翌月10日に埼玉県医師会あて返戻します。問題がない場合には提出月の翌月21日に埼玉県

医師会に料金が支払われます。

- 埼玉県医師会は支払基金より入金があった翌月の10日に、各医療機関指定口座あて 1件につき550円の事務手数料を差し引いた金額を振り込みます。

(例：4月25日、5月10日までに届いた入力票→6月5日に請求

→8月10日に手数料を差し引き、各医療機関に振り込み)

※入力票は2枚複写になっており、1枚は医療機関控え、1枚は県医師会提出用となっています。県医師会に提出する場合、必ず裏面に受診券と問診票をホッチキス等でとめて提出してください。(受診券と問診票の原本が提出できない場合はコピーでも結構です。)

7. 受診結果

受診結果については、請求後2～3週間程度で結果通知票(13・14ページ)を医療機関あてにお送りいたしますので、受診者用のものを受診者にお渡しいただくか、送付してください。

8. エラーになったものの対応

エラーになると支払基金、国保連合会からエラー連絡書が各医療機関に送付されますが、埼玉県医師会にも同様の情報が届きます。エラーの原因について埼玉県医師会で調べて、請求が出来るまで再請求しますので、各医療機関では対応いただく必要はありません。エラーの原因が分からない場合については、本会担当者から医療機関に問い合わせますので、ご協力お願いいたします。

参 考

特定健診実施医療機関の具体的基準

(1) 人員に関する基準

- ①特定健診を適切に実施するために必要な医師、看護師が質・量的に確保されていること。
- ②原則として常勤の管理者がおかれていること。

(2) 施設又は設備等に関する基準

- ①特定健診を適切に実施するために必要な施設、設備を有していること。
- ②検査や診察を行う際、受診者のプライバシーが十分に保護されている施設(部屋)が確保されていること。
- ③救急時における応急処置のための体制を整えていること。
- ④健康増進法第25条に定める受動喫煙の防止措置がこうじられていること(医療機関においては、患者の特性に配慮すること)。

(3) 精度管理に関する基準

- ①特定健診の検査項目について内部精度管理が定期的に行われ、検査値

の精度が保証されていること。

②外部精度管理調査を定期的を受け、検査値の精度が保証されていること。

③特定健診の精度管理上の問題点があった場合に、適切な対応策が講じられること。

④検査の全部又は一部を外部に委託する場合には、委託を受けた事業者において、以上の措置が講じられるよう、適切な管理を行うこと。

(4) 健診結果等の情報の取扱いに関する基準

①特定健診に関する電磁的記録を作成し、保険者に対し、当該記録を安全かつ速やかに提出すること。

②特定健診の受診者本人への通知に関しては、受診者における特定健診の経年管理に資する形式により行われるようにすること。

③受診者の特定健診結果等の保存及び管理が適切になされていること。

④高齢者の医療の確保に関する法律第30条に規定する秘密保持規定を遵守すること。

⑤個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を遵守すること。

⑥保険者の委託を受けて特定健診の結果を保存する場合には「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。

⑦健診結果の分析等を行うため、保険者の委託を受けて特定健診の結果に係る情報を外部に提供する場合には、本来必要とされる情報の範囲に限って提供するとともに、提供にあたっては、個人情報のマスキングや個人が特定できない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

(5) 運営等に関する基準

①対象者の受診が容易になるよう、土日・祝日・夜間に特定健診を実施する等、利用者の利便性に配慮した取り組みを行い、特定健診の受診率を取り組むこと。

②保険者の求めに応じ、保険者が適切な特定健診の実施状況を確認する上で、必要な資料の提出等を速やかに行うこと。

③特定健診の実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該実施者の資質の向上に努めること。

④特定健診を適切かつ継続的に実施することができる財政基盤を有すること。

⑤保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、保険者との委託契約において再委託先との契約において本気準に掲げる事項を遵守することを明記させること。

⑥次に掲げる事項の運営についての重要事項に関する規程を定め、当該規程の概要を保険者及び受診者が容易に確認できる方法を通じて、幅

広く周知すること。また規定の概要を周知するにあたっては、指定の様式（15・16ページ）により行うこと。

- ・事業の目的及び運営の方針
- ・従業者の職種、員数及び職務の内容
- ・特定健診の実施日及び実施時間
- ・特定健診の内容及び価格その他の費用の額
- ・事業の実施地域
- ・緊急時における対応
- ・その他運営に関する重要事項

- ⑦特定健診の実施者に身分を証する書類を携行させ、特定健診の受診者等から求められたときには、これを提示すること。
- ⑧特定健診の実施者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行うとともに、健診機関の設備及び備品等について、衛生的な管理を行う。
- ⑨虚偽または誇大な広告を行わないこと。
- ⑩特定健診の受診者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。
- ⑪従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

(表面)

特定健康診査受診券

20・年・月・日交付

例 11桁

受診券整理番号 ○○○○○○○○○○○○

受診者の氏名 トクテイ ケンシロウ カタカナ表記

性別 1 男 和暦表記

生年月日 昭和40年9月1日

有効期限 20××年10月31日 西暦表記

健診内容 特定健康診査

窓口での自己負担

特定健診(基本部分)	負担額又	30%
特定健診(詳細部分)	は負担率	1,000円

上段は基本部分

保険者所在地 〒 千代田区〇〇 下段は詳細部分

保険者電話番号 03-1234-xxxx

保険者番号・名称 印

●●●●健康保険組合

契約取りまとめ機関名 集合B、D/日、予、結

支払代行機関番号 94899010

支払代行機関名 社会保険診療報酬支払基金

被保険者証との照合・確認

有効期限や実施内容の確認
⇒その内容で実施

窓口徴収額の確認⇒その額を徴収し、契約単価からの差額を保険者に請求

被保険者証との照合・確認

契約相手かを確認 ←

請求・データ送付先を確認

※詳細については8ページを参照のこと

(裏面)

注意事項

- この券の交付を受けたときは、すぐに、下記の住所欄にご自宅の住所を自署してください。
(特定健康診査受診結果等の送付に用います。)
- 特定健康診査を受診するときには、この券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
- 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。
- 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。
- 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。
- 被保険者の資格が無くなったときは、5日以内にこの券を保険者に返してください。
- 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。
- この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。

住所 〒 330-xxxx
埼玉県●●市〇〇町1-1-x

受診者が記入

※実施機関の窓口では、被保険者証と受診券を照合・確認し、問題なければ券面の自己負担額を徴収した後、サービスを提供する。(自己負担が生じる場合もあるので、注意してください。)

受診券を持っていても被保険者証がなければ、組合を脱退している可能性もありますので、必ず保険証を確認ください。

受診券における契約取りまとめ機関名の記載例とその対応

案 特定健康診査受診券
20 年 月 日交付

受診券整理番号

受診者の氏名 (カタカナ表記)
性別
生年月日 (和暦表記)

有効期限 20××年 月 日(西暦表記)

健診内容 ・特定健康診査

窓口での自己負担 特定健診(基本部分) 負担額又は負担率
特定健診(詳細部分)

保険者所在地
保険者電話番号
保険者番号・名称

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 印

契約とりまとめ機関名 XXXXXXXXXX
支払代行機関番号
支払代行機関名

○埼玉県の集合契約で対応できる

- ① 集合B
集合Bとだけ記載されている
- ② 集合B(××県、埼玉県、〇〇県..)
集合Bの()内に埼玉県を含む都道府県名が記載されている
- ③ 集合B(××県、△△府及び〇〇県を除く)
集合Bの()内に埼玉県以外の都道府県を除くと記載されている
- ④ 集合B(××県、埼玉県、〇〇県..)、予、全
上記①から③に加え、A契約機関が記載されている
- ⑤ 集合B(××県及び△△府を除く)、集合A
上記①から③に加え、集合Aと記載されている

×埼玉県の集合契約で対応できない

- ① 集合A
集合Bの記載がない
- ② 集合B(××県、△△府及び〇〇県)
集合Bの()内の該当県に埼玉県が記載されていない
- ③ 集合B(××県、埼玉県及び〇〇県を除く)
集合Bの()内に埼玉県を含む都道府県名を除くと記載されている

※ 上記以外にも様々な記載がされることが予想されますので、少しでも不明な点がありましたら、保険者または埼玉県医師会にお問い合わせください。

集合契約A(集合A)→全国ベース
取りまとめ機関

- ・日本人間ドック学会/日本病院協会
(略;ド/日)
- ・全国労働衛生団体連合会
(略;全または全衛連)
- ・予防医学事業中央会
(略;予)
- ・結核予防会
(略;結)
- ・全日本病院協会
(略;病)
- ・日本総合健診医学会
(略;総)

以上6団体
すべての健診機関と契約している場合は集合Aと略される

集合契約B(集合B)→都道府県ごとの集合契約

特定健康診査 問診票(埼玉県医師会集合契約用)

氏名
(ご記入下さい)

質問内容		回答欄(チェックをつけて下さい)
1	血圧を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	コレステロールを下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞)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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10キロ以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度について	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 殆ど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1-2合未満 <input type="checkbox"/> 2-3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
20	睡眠で休養は十分にとれている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思えますか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

特定健康診査用入力票(平成28年度)

医療機関控え用

実施日時 1 1 1 必ず医師会提出用の裏面に受診券と問診票(コピー可)をホッチキス等により添付

性別 1.個別

基本・共通情報

受診年月日(西暦) 2 0 年 月 日 受診者番号

姓 名 性別 1.男 2.女

受診月日(西暦) 3.昭和 年 月 日

受診者番号(10桁以内) 受診者別(西暦) 2 0 年 月 日

受診者住所(〒) 受診者電話番号

受診者住所(〒) 受診者電話番号

1.国保連合会 2.支払基金

請求情報

実施項目

単価
個別 8,000円
集団 7,000円

1.負担なし
 2.定額負担
 3.定率負担

実施項目

単価
貧血 227円
心電図 1,404円
眼底 1,210円

1.負担なし
 2.定額負担
 3.定率負担

質問表

1.あり 2.なし

1.あり 2.なし

1.あり 2.なし

1.あり 2.なし

1.毎日 2.時々 3.殆ど飲まない、飲めない

1.あり 2.なし

診察

1.あり 2.なし

1.あり 2.なし

1.あり 2.なし

身体計測

cm

kg

cm

血圧

mmHg

mmHg

尿

- ± + 2+ 3+ 測定不能

- ± + 2+ 3+ 測定不能

脂質

mg/dl

mg/dl

mg/dl

肝機能

U/l

U/l

U/l

血糖

mg/dl

%

下段数値は特定保健指導判定値(厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】より)

詳細健診

1.質問票 2.診察

1.0 2. I 3. IIa 4. IIb 5. III 6. IV

1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4

1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4

1. Ia 2. Ib 3. II 4. IIIa 5. IIIb

6. IV 7. Va 8. Vb 9. VI 0.正常

1.あり 2.なし

1.軽度異常 2.異常

3.要観察 4.要精検

検査分野別判定

1.正常 2.異常

1.正常 2.異常

1.正常 2.異常

1.正常 2.異常

1.正常 2.異常

メタボリックシンドローム判定(未記入可)

1.基準該当 2.予備群該当 3.非該当 4.判定不能

医師の判断

1.異常認めず 2.要観察 3.要指導 4.治療中 5.要医療

医師の氏名(押印可)

特定健康診査用入力票(平成28年度)

医師会提出用

受診者番号 1 1 1 必ず医師会提出用の裏面に受診券と問診票(コピー可)をホッチキス等により添付

性別 1. 個別

受診年月日(西暦) 2 0 年 月 日 受診者氏名

受診者氏名(姓) 名 性別 1. 男 2. 女

生年月日(西暦) 3. 昭和 年 月 日

受診者住所(〒1000000) 受診者電話番号(西暦) 2 0 年 月 日

受診者住所 受診者電話番号

受診者職業

健康保険種別 1. 国保連合会 2. 支払基金

基本診察部分

1. 負担なし 単価 個別 8,000円 集団 7,000円

2. 定額負担

3. 定率負担

詳細健診部分

実施項目 貧血 心電図 眼底

1. 負担なし 単価 貧血 227円 心電図 1,404円 眼底 1,210円

2. 定額負担

3. 定率負担

質問表

喫煙 1. あり 2. なし

飲酒 1. 毎日 2. 時々 3. 殆ど飲まない、飲めない

高血圧 1. あり 2. なし

糖尿病 1. あり 2. なし

脂質異常症 1. あり 2. なし

腎臓病 1. あり 2. なし

脳卒中 1. あり 2. なし

心臓病 1. あり 2. なし

肝臓病 1. あり 2. なし

がん 1. あり 2. なし

診察

医師 1. あり 2. なし

看護師 1. あり 2. なし

他 1. あり 2. なし

身体計測

身長 cm

体重 kg

BMI

腹囲 cm

血圧 mmHg

mmHg

尿

- ± + 2+ 3+ 測定不能

- ± + 2+ 3+ 測定不能

血糖 mg/dl

%

脂質 mg/dl

mg/dl

mg/dl

肝機能 U/l

U/l

U/l

下段数値は特定保健指導判定値(厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」改訂版)より

詳細健診

1. 質問票 2. 診察

ヘモグロビンA1c 1. 0 2. I 3. II a 4. II b 5. III 6. IV

血糖 1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4

脂質 1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4

尿酸 1. I a 2. I b 3. II 4. III a 5. III b

腎機能 1. あり 2. なし

眼底 1. 軽度異常 2. 異常 3. 要観察 4. 要精検

心電図 1. あり 2. なし

検査分野判定

1. 正常 2. 異常

1. 正常 2. 異常

1. 正常 2. 異常

1. 正常 2. 異常

1. 正常 2. 異常

メタボリックシンドローム判定(未記入可)

1. 基準該当 2. 予備群該当 3. 非該当 4. 判定不能

医師の判断

1. 異常認めず 2. 要観察 3. 要指導 4. 治療中 5. 要医療

医師の氏名(押印可)

特 定 健 診 集 合 契 約

送 付 票 兼 請 求 書

平成 年 月 日

所属郡市医師会	_____ 医師会
健診機関番号	1 1 1 _____
医療機関名	
受診日	平成 年 月 日 ~平成 年 月 日分
件数	_____ 件
請求料金計	_____ 円(自己負担額を除いた合計)
担当者名	氏 名 _____
	連絡先(電話) _____

[埼玉県医師会記載]

受取日	
確認者	

特定健康診査検査結果報告書(医療機関控え)

フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日	健診受診日	年 月 日
氏名	様	性別/年齢	歳	特定健康診査受診券番号	

既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
服薬歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	喫煙歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
診察・他覚	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				

項目	特定健康診査基準値	単位	今回	前回	前々回
			年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体計測	身長	cm			
	体重	kg			
	BMI	25.0未満			
	腹囲	(男)85 (女)90未満	cm		
血圧	収縮期血圧	130未満	mmHg		
	拡張期血圧	85未満	mmHg		
血中脂質検査	中性脂肪	150未満	mg/dl		
	HDL-コレステロール	40以上	mg/dl		
	LDL-コレステロール	120未満	mg/dl		
肝機能検査	AST(GOT)	31未満	IU/l		
	ALT(GPT)	31未満	IU/l		
	γ-GT(γ-GTP)	51未満	IU/l		
血糖検査	空腹時血糖	100未満	mg/dl		
	ヘモグロビンA1c	5.6未満	%		
尿検査	糖	(-)			
	蛋白	(-)			

詳細な検査項目	貧血検査	赤血球数	(男)400~540(女)360~490	*10 ⁴ /μl		
		血色素量	(男)13.1(女)12.1以上	g/dl		
		ヘマトクリット値	(男)38~49(女)34~44	%		
	心電図検査	所見				
	眼底検査	所見				

メタボリックシンドローム判定			
保健指導階層化			

医師の判断	
判断した医師の氏名	

※基準値は、厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」及び人間ドック学会「人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドライン」に示されている数値を表示しています。

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX病院

平成 年 月 日

特定健康診査検査結果報告書(受診者通知用)

フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日	健診受診日	年 月 日
氏名	様	性別/年齢	歳	特定健康診査 受診券番号	

既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
服薬歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症	喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
診察・他覚	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				

項目	特定健康診査 基準値	単位	今回	前回	前々回
			年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体計測	身長	cm			
	体重	kg			
	BMI	25.0未満			
	腹囲	(男)85 (女)90未満	cm		
血圧	収縮期血圧	130未満	mmHg		
	拡張期血圧	85未満	mmHg		
血中脂質 検査	中性脂肪	150未満	mg/dl		
	HDL-コレステロール	40以上	mg/dl		
	LDL-コレステロール	120未満	mg/dl		
肝機能検査	AST(GOT)	31未満	IU/l		
	ALT(GPT)	31未満	IU/l		
	γ-GT(γ-GTP)	51未満	IU/l		
血糖検査	空腹時血糖	100未満	mg/dl		
	ヘモグロビンA1c	5.6未満	%		
尿検査	糖	(-)			
	蛋白	(-)			

詳細な検査項目	貧血検査	赤血球数	(男)400~540(女)360~490	*10 ⁴ /μl		
		血色素量	(男)13.1(女)12.1以上	g/dl		
		ヘマトクリット値	(男)38~49(女)34~44	%		
	心電図検査	所見				
	眼底検査	所見				

メタボリックシンドローム判定			
----------------	--	--	--

医師の判断	
判断した医師の氏名	

※基準値は、厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」及び人間ドック学会「人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドライン」に示されている数値を表示しています。

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX病院

平成 年 月 日