

(地Ⅲ292)

平成20年2月25日

都道府県医師会
担当理事 殿

日本医師会
常任理事 内 田



特定健診代行入力業務における帳票類の提供について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平成19年12月24日に開催いたしました第2回都道府県医師会特定健診・特定保健指導連絡協議会において、特定健診代行入力業務について情報提供させていただきました。

さて、特定健診データ及び請求データの電子化において、様々な代行入力機関の設置が予想されます。文字入力による電子化は、誤入力の多発と入力経費の増加が懸念されることから、簡素化された帳票類の標準的な仕様を提供することが必要だと考えております。

今般、特定健診代行入力業務における帳票類の標準仕様を作成いたしましたので、お送り申し上げます。

また、関連する事項として、外部の代行入力機関や決済代行機関との間でやりとりする電磁的記録媒体の選択について、MO（光磁気）ディスクを選択する場合は専用機器が必要となります。特定健診等結果データや請求データを取り扱う場合、データ容量によるものの、CD-Rの活用が最も一般的であると考えられます。

本帳票類につきましては、日医ホームページにおいても掲載しておりますので、ご活用いただければと存じます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知の上、貴会管下郡市区医師会等への周知方、よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

なお、中央レベルの代行入力機関の利用にあたっての手続き、及び準備中の様式につきましては、改めてお知らせする予定です。また、特定保健指導データ及び請求データの電子化のための標準的な仕様の策定は、別途検討することとしておりますことを申し添えます。

特定健診代行入力関連資料

I. 代行入力業務における特定健診用の帳票類

1. 健診実施機関内で運用、保管する帳票

○特定健康診査質問票（A4版）

○特定健康診査用入力票 記入コード表（A3版）

2. 健診実施機関から代行入力機関へ提出する帳票

○特定健康診査用入力票（A4版）

○特定健康診査・追加検査用入力票（A3版）：準備中

3. 健診実施機関等から受診者へ報告する帳票

○特定健康診査受診結果（A3版）

○特定健康診査受診結果出力例（A3版）

○「受診者の方へ」特定健康診査受診結果うら面（参考A3版）

II. 代行入力業務のための関係資料

1. 特定健康診査用入力票の記入要領

2. マスター登録用雛型（実施機関情報、検査法、基準値等）：準備中

3. 特定健診用入力ファイル（CSV）仕様書：準備中

4. 特定健診受診結果項目出力仕様：準備中

5. CSVファイル作成用入力フォーム（Excel版）：準備中

III. 参考：代行入力と請求事務代行の提案

特定健康診査質問票

受診日
平成 年 月 日

フリガナ	健診実施機関名					
氏名	性別	男・女	生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳

1. 主な既往歴について伺います。これまで治療をしたことのある病気について、「はい」か「いいえ」でお答えください。

脳血管	脳卒中	はい	いいえ	心疾患	狭心症	はい	いいえ
	脳出血(脳卒中)	はい	いいえ		心筋梗塞	はい	いいえ
	脳梗塞(脳卒中)	はい	いいえ		心不全	はい	いいえ
	その他の脳血管疾患	はい	いいえ		虚血性心疾患	はい	いいえ
腎不全	慢性的な腎不全	はい	いいえ		その他の心疾患	はい	いいえ
人工透析	人工透析	はい	いいえ	貧血	貧血	はい	いいえ

2. 主な既往歴以外に、これまで治療をしたことのある病気がありましたら、右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧		05	高尿酸血症		09	胃・十二指腸潰瘍	
02	低血圧		06	腎不全以外の腎疾患		10	うつ	
03	不整脈		07	糖尿病		11	骨粗鬆症	
04	高脂質血症		08	肝臓病				

3. 自覚症状について伺います。次の症状について、「はい」か「いいえ」でお答えください。

01	胸の圧迫感	はい	いいえ	08	めまい・立ちくらみ	はい	いいえ
02	心臓の鼓動が激しい	はい	いいえ	09	いつも調子が悪い	はい	いいえ
03	動悸がする	はい	いいえ	10	おなかが張っている	はい	いいえ
04	息切れがする	はい	いいえ	11	下痢	はい	いいえ
05	不眠	はい	いいえ	12	便秘	はい	いいえ
06	肩こり・腰痛	はい	いいえ	13	下痢と便秘の両方	はい	いいえ
07	手足のしびれ感	はい	いいえ	14	痔の傾向がある	はい	いいえ

4. 服薬の状況について伺います。現在、次の薬を使っているかどうかを「はい」か「いいえ」でお答えください。

また、使っているお薬の名前がわかれば記入してください。

	薬を使っている	薬の名前
血圧を下げる薬	はい いいえ	
インスリン注射や 血糖を下げる薬	はい いいえ	
コレステロールを下げる薬	はい いいえ	

5. 現在、習慣的にたばこを吸っていますか。

はい いいえ

6. 飲酒の頻度について伺います。○を記入してください。

毎日飲む 時々飲む ほとんど飲まない

※「習慣的」とは、これまで100本以上、または6か月以上吸っていて、最近1か月以上も吸っている場合をいいます。

7. 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。

利用する 利用しない

医師の記入欄

診察	検査分野別判定
他覚症状	血圧 尿 血糖 血中脂質 肝機能 <input type="checkbox"/> 1: 正常 <input type="checkbox"/> 1: 正常 <input type="checkbox"/> 1: 正常 <input type="checkbox"/> 1: 正常 <input type="checkbox"/> 1: 正常 <input type="checkbox"/> 2: 異常 <input type="checkbox"/> 2: 異常 <input type="checkbox"/> 2: 異常 <input type="checkbox"/> 2: 異常 <input type="checkbox"/> 2: 異常
メタボリックシンドローム判定	医師の判断
<input type="checkbox"/> 1: 基準該当 <input type="checkbox"/> 2: 予備群該当 <input type="checkbox"/> 3: 非該当 <input type="checkbox"/> 4: 判定不能	<input type="checkbox"/> 1: 異常認めず <input type="checkbox"/> 2: 要観察 <input type="checkbox"/> 3: 要指導 <input type="checkbox"/> 4: 治療中 <input type="checkbox"/> 5: 要医療

医師の署名: _____

特定健康診査入力票 コード一覧

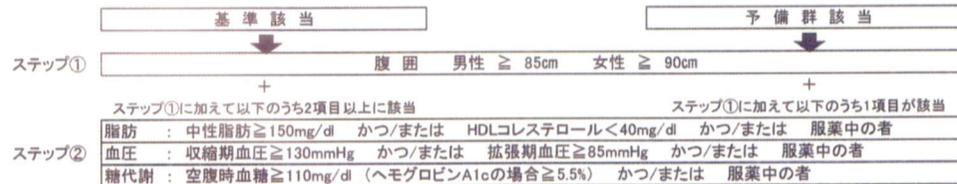
2008/2/4更新

診察					
その他の既往歴		自覚症状 所見(一般症状)		他覚症状 所見	
01	高血圧	01	胸部圧迫感	01	眼瞼結膜蒼白(+)
02	低血圧	02	心悸亢進・動悸	02	浮腫:眼瞼(+)
03	不整脈	03	息切れ	03	肝臓肥大(+)
04	高脂質血症	04	不眠	04	浮腫:下腿(+)
05	高尿酸血症	05	肩こり・腰痛	05	心音不純
06	腎不全以外の腎疾患	06	手足のしびれ感	06	不整脈あり
07	糖尿病	07	目眩・立眩み	07	
08	肝臓病	08	頭痛・耳鳴り	08	
09	胃・十二指腸潰瘍	09	いつも調子が悪い	09	
10	うつ	10	腹が張っている	10	
11	骨粗鬆症	11	下痢	11	
12		12	便秘	12	
13		13	下痢と便秘	13	
14		14	痔の傾向	14	
15		15		15	

医師判断:検査分野別判定					
血圧		尿		血糖	
1	血圧は正常です	1	尿検査は正常です	1	血糖検査は正常です
2	血圧に異常が認められます	2	尿検査に異常が認められます	2	血糖検査に異常が認められます

血中脂質		肝機能	
1	脂質検査は正常です	1	肝機能検査は正常です
2	脂質検査に異常が認められます	2	肝機能検査に異常が認められます

医師判断:メタボリックシンドローム判定



医師判断:総合		
1	異常認めず	今回健診の医師の判断は「異常なし」です。
2	要観察	今回健診の医師の判断は「要観察」です。
3	要指導	今回健診の医師の判断は「要指導」です。
4	治療中	今回健診の医師の判断は「治療中」です。
5	要医療	今回健診の医師の判断は「要医療」です。

心電図検査所見						
所見ありの判定		35 6-4-2		WPW症候群の疑い		
1	軽度異常	36	6-5	PR短縮	75 9-1-2 低電位差(胸部誘導)	
2	異常	37	6-8	人口ペースメーカー調律	76 9-2 ST上昇	
3	要観察	38	7-1	完全左脚ブロック	77 9-2-1 ST上昇	
4	要精密検査	39	7-2	完全右脚ブロック	78 9-2-2 軽度ST上昇	
具体的な所見(ミネソタコードの使用)						
01	1-1	異常Q波	41	7-4	心室内ブロック	80 9-3-2 左房拡大
02	1-2	境界域Q波	42	7-5	RSR'パターン	81 9-4-1 反時計回転
03	1-2-8	R波の増高不良	43	8-1-1	上室期外収縮	82 9-4-2 時計回転
04	1-2-9	境界域Q波	44	8-1-2	心室期外収縮	83 9-5 高いT波
05	2-1-1	左軸偏位	45	8-1-3	上室三段脈	84 9-6-1 右胸心
06	2-1-2	左軸偏位	46	8-1-4	心室三段脈	85 9-6-2 電極付け間違い
07	2-1-3	軽度な左軸偏位	47	8-1-5	上室二段脈	86 9-7-1 QT延長
08	2-2	高度な右軸偏位	48	8-1-6	心室二段脈	87 9-7-2 QT短縮
09	2-3	右軸偏位	49	8-1-7	上室期外収縮(頻発)	88 9-7-3 軽度なQT延長
10	2-4	S1、S2、S3パターン	50	8-1-8	心室期外収縮(頻発)	89 9-8-3 記録不良
11	3-1	高電位	51	8-2-1	心室頻拍	90 9-8-4 記録不良
12	3-2	右室肥大	52	8-2-2	心室期外収縮ショートラン	91 9-8-8 記録不良
13	3-3	左室肥大の疑い	53	8-2-3	心室期外収縮二連発	
14	4-1	ST-T異常	54	8-3-1	心房粗動	
15	4-2	軽度ST-T異常	55	8-3-2	心室細動	
16	4-3	ST低下	56	8-4-1	上室頻拍	
17	4-3-1	軽度ST-T異常の疑い	57	8-4-2	上室期外収縮ショートラン	
18	4-3-2	軽度ST-T異常の疑い	58	8-4-3	上室期外収縮二連発	
19	4-4-1	軽度ST-T異常の疑い	59	8-5	心室調律	
20	4-5	軽度ST-T異常の疑い	60	8-6-1	房室接合部調律	
21	5-1	ST-T異常	61	8-6-2	左房調律の疑い	
22	5-2-1	陰性T	62	8-6-3	房室接合部調律	
23	5-2-2	陰性T	63	8-6-4	房室解離	
24	5-3	平低T	64	8-7-1	高度な頻脈	
25	5-4	平低T	65	8-7-2	頻脈	
26	5-5	平低T	66	8-7-3	洞頻脈	
27	5-6	陽性T(V1)	67	8-8-1	高度な徐脈	
28	6-1	完全房室ブロック	68	8-8-2	徐脈	
29	6-2-1	房室ブロックII度(モビッツ)	69	8-8-3	洞徐脈	
30	6-2-2	房室ブロックII度(2:1)	70	8-9-1	洞不整脈	
31	6-2-3	房室ブロックII度(ウエンケハッ)	71	8-9-2	洞房ブロック	
32	6-3	PR延長	72	8-9-4	補充収縮	
33	6-3-2	房室ブロックI度	73	8-9-9	確定できない不整脈	
34	6-4	WPW症候群	74	9-1-1	低電位差(四肢誘導)	

カナ氏名	ケンコウジョウジ		生年月日	昭和34年12月24日	健診年月日	2008年 4月 1日
			性別/年齢	男 48 歳	特定健康診査受診券番号	1234567890
既往歴	脳血管について既往歴あり 心血管について既往歴あり 腎不全・人工透析について既往歴あり 貧血について既往歴あり 循環器の病気 骨粗鬆症 胃・十二指腸潰瘍					
服薬歴	血圧 血糖 脂質	喫煙歴	あり	飲酒	ほとんど飲まない	
自覚症状	頭痛・耳鳴り 下痢と便秘 手足のしびれ感					
他覚症状	肝臓肥大 (+) 不整脈あり 心音不純					
項目	基準値		今回受診	前回受診	前々回受診	
			2008年 4月 1日			
身体計測	身長	(cm)		170.2		
	体重	(kg)		82.6		
	腹囲	(cm)		87.1		
	BMI		18.5~24.9	H 28.5		
血圧	収縮期血圧	(mmHg)	~130	122		
	拡張期血圧	(mmHg)	~85	65		
血中脂質検査	中性脂肪	(mg/dl)	~150	H 165		
	HDL-コレステロール	(mg/dl)	40~	65		
	LDL-コレステロール	(mg/dl)	70~139	110		
肝機能検査	GOT	(U/l)	10~40	16		
	GPT	(U/l)	5~45	17		
	γ-GTP	(U/l)	~60	15		
血糖検査	空腹時血糖 (*は食後10時間未満)	(mg/dl)	70~110	105		
	HbA1c	(%)	4.3~5.8	4.6		
尿検査	糖			(-)		
	蛋白			(-)		
貧血検査	赤血球数	(万/mm ³)	450~530	489		
	血色素量	(g/dl)	14.0~18.0	15.8		
	ヘマトクリット値	(%)	39.8~51.8	48.6		

項目	今回受診		前回受診	前々回受診
	2008年 4月 1日			
心電図検査	所見	軽度異常 軽度な左軸偏位 軽度なQT延長 確定できない不整脈		
眼底検査	所見	キースワグナー：0 シェイエス：0 シェイエH：0 糖尿病性網膜症：異常なし		
メタボリック シンドローム判定	予備群該当			

メタボリックシンドローム判定による基準該当と予備群該当

基準該当	予備群該当
↓	↓
腹囲 男性≥85cm 女性≥90cm	
+	+
以下のうち2項目以上に該当	
以下のうち1項目が該当	
脂肪	中性脂肪≥150mg/dl かつ/または HDLコレステロール<40mg/dl かつ/または 服薬中の方
血圧	収縮期血圧≥130mmHg かつ/または 拡張期血圧≥85mmHg かつ/または 服薬中の方
糖代謝	空腹時血糖≥110mg/dl (ヘモグロビンA1cの場合≥5.5%) かつ/または 服薬中の方

検査分野別判定	血圧は正常です。 脂質検査に異常が認められます。 肝機能は正常です。 血糖検査は正常です。 尿検査は正常です。
医師の判断	要観察 貧血検査：質問票の回答結果により実施 心電図検査：前年度結果、及び質問票の回答結果により実施 眼底検査：前年度結果、及び医師診察により実施
判断した医師の氏名	〇〇 健太
今回追加検査 生活機能チェックリストの結果として、貧血・心電図検査を実施しました。	
血清アルブミン	(g/dl) H 12.6 反復唾液嚥下テスト(回) 6
尿潜血	(-) 血清クレアチニン (mg/dl) 0.8
血清尿酸	(mg/dl) H 8.5 総コレステロール (mg/dl) 210
総ビリルビン	(mg/dl) 0.8 ALP (U/l) 217
総蛋白	(g/dl) 7.9 血清フェリチン (ng/ml) 195

受診者の方へ

平成20年4月から、「高齢者の医療の確保に関する法律」にもとづき、生活習慣病の予防に主眼を置いた「特定健診」と「特定保健指導」の実施が医療保険者に義務付けられました。

特定健診では、メタボリックシンドロームの概念に着目し、腹囲による「肥満」の状態と、各検査結果により「メタボリックシンドローム判定」を行います。また、健診機関はこの判定とは別に、必要と判断される保健指導のレベルを医療保険者に対して報告しますので、医療保険者から「特定保健指導の利用券」が送付されましたら、ご自身の生活習慣改善のため、是非利用してください。

メタボリックシンドロームとは

体脂肪には皮下脂肪と内臓脂肪があります。

- 皮下脂肪：お尻や太ももに多くあって、体温を維持し、内臓を衝撃から守る働きがあります。
- 内臓脂肪：腸の周囲にある脂肪です。この内臓脂肪が過剰に蓄積すると、血圧の上昇、血糖値の上昇、中性脂肪の増加やHDLコレステロールの減少という複合的な病態が生じます。この一連の代謝を「メタボリック」と呼び、メタボリック症候群のことを「メタボリックシンドローム」と呼びます。

メタボリックシンドローム判定

メタボリックシンドローム判定では、ステップ1で肥満の状態を「腹囲」で判定します。次にステップ2で「血圧」、「血糖」、「脂質」による判定を行います。判定結果は「非該当」、「予備群該当」、「基準該当」、「判定不能」で表されます。
※厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」で示された判定基準を用いて判定を行います。

特定保健指導とは

特定健診によるメタボリックシンドローム判定をもとに、受診者に対して具体的な保健指導を実施するレベルを決めるために「階層化」を行います。特定保健指導は、この「階層化」により決定された「情報提供レベル」、「動機付け支援レベル」、「積極的支援レベル」として実施されます。

なお、高血圧、糖尿病、脂質異常のいずれかの薬物治療中の方は、特定保健指導の対象にはなりません。

動機付け支援

医師・保健師・管理栄養士などが、生活習慣改善の取り組みへの「動機付け」に関する支援を個別面接やグループ面接の形で1回行います。6か月後に改善状態の評価を行います。

積極的支援

生活習慣の改善が必要とされる方が自主的に取り組めるように、医師・保健師・管理栄養士などが、食生活や運動に関する指導を継続して支援するものです。

個別面接やグループ面接ののち、3か月の継続的な支援を経て、6か月後に身体状況や生活習慣の変化がみられたかどうかの評価を行います。

健康診査の結果の見方

身体計測

腹囲

内臓脂肪量を判断する検査です。男性は85cm以上、女性は90cm以上がメタボリックシンドローム判定におけるステップ1の該当基準になります。

BMI

ボディ・マス・インデックスの略で、体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)の式で算出する値です。18.5未満なら「やせている」、25.0以上が「肥満」と判定されます。

血圧

収縮期血圧（最大血圧）と拡張期血圧（最小血圧）によって高血圧かどうかの判断をします。メタボリックシンドローム判定では、収縮期血圧は130mmHg以上、拡張期血圧は85mmHg以上で高血圧の疑いありと判定されます。

血中脂質検査

中性脂肪

糖分、飲酒などによって摂取された余分なエネルギーが肝臓で中性脂肪に変化します。中性脂肪は食べ過ぎや運動不足が原因で増加し、動脈硬化を起こします。

HDLコレステロール

善玉コレステロールとも呼ばれ、血液中の過剰なコレステロールを肝臓に戻す働きがあります。この量が少ないと、血管にコレステロールがたまり動脈硬化が進みます。

LDLコレステロール

悪玉コレステロールとも呼ばれ、この量が多いと血管内壁に蓄積して動脈硬化を進行させてしまいます。

肝機能検査

GOT

GOTが高値の場合、心臓や筋肉などの臓器に障害の疑いがあります。通常、GOTとGPTを同時に調べて比較することで、肝臓の診断に役立ちます。

GPT

GPTが高値の場合、肝臓障害の可能性があります。原因疾患として、ウイルス性肝炎やアルコール性肝障害、脂肪肝などが考えられます。

γGTP

肝臓や胆道に障害があったり、肥満や脂肪肝などで上昇します。また、過剰な飲酒でも増加します。

血糖検査

空腹時血糖

血液中のブドウ糖濃度を血糖と呼び、食後10時間以上たってからの採血が空腹時血糖です。血糖値は、食後、食べものの糖分が吸収されて一時的に上昇し、その後元に戻ります。しかし、すい臓から分泌されるホルモンである「インスリン」の働きが悪かったり分泌量が少なかったりすると、血糖値が高い状態が続きます。これを糖尿病といいます。

HbA1c

ヘモグロビンA1cと呼びます。過去1～2か月間の血糖の全体的な状態を反映する検査項目です。

尿検査

糖尿病の検査である「尿糖」と腎臓の障害の程度をみる「尿蛋白」を測定します。血糖値が上昇すると、尿に糖がもれ出てくるようになりますので、尿検査を行います。また、腎臓に異常が生じると、蛋白が尿にもれ出てくるようになりますので、同様に検査します。

特定健康診査入力票の記入要領

本記入要領は、入力票の記入に関する共通事項と、色分けされた各部の説明より構成されています。はじめに記入要領1の記入方法をお読みのうえ、各項目の詳細については記入要領2、記入要領3をご覧ください。記入の際は、以下の資料を用意し、該当する箇所を転記してください。

(記入要領1) 正しい記入の仕方

ボールペンで枠内にはっきりと記入してください。

番号1 機関番号、受診券、保険者番号、郵便番号	番号2 被保険者証等記号・番号
機関番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	被保険者証等記号 あ 1 2 3 - 4 5 6

左詰めで記入してください。

左詰めでスペースを空けずに記入してください。

日付1 健診年月日、受診券有効期限	日付2 生年月日
健診年月日 20 0 8 年 0 4 月 0 1 日	生年月日 昭和 3 0 年 0 1 月 2 5 日

西暦で記入してください。

和暦で記入してください。

カナ 受診者カナ氏名	日本語 医師の氏名、住所、その他の所見(眼底)
受診者カナ氏名 ケン コウ ジ ヨ ウ ジ	住所 文 京 区 本 駒 込 2 - 2 8

カタカナで、スペースを空けずに記入してください。

漢字、ひらがな、カタカナ、数字、ハイフンでスペースを空けずに記入してください。

コード1 質問票、測定結果等	コード2 具体的な所見等
既往歴(脳血管) 蛋白 1 1:はい 2:いいえ 3:不明 4:++ 5:+++	自覚症状 0 5 1 0

選択肢より選択してください。

コード一覧より選択してください。

(記入要領1) 正しい記入の仕方

- 内容
各項目の正しい記入方法と記入例

(記入要領2) 受診券情報と基本属性

- 内容
特定健康診査の実施情報、受診券情報、受診者情報、決済情報に関する記入方法
- 用意するもの(転記元)
受診券、被保険者証、特定健康診査の契約単価(契約書等)

(記入要領3) 特定健康診査結果

- 内容
特定健康診査の基本的な健診および詳細な健診の検査結果等に関する記入方法
- 用意するもの(転記元、確認元)
特定健康診査質問票、コード一覧

*****検査報告書からの転記による入力依頼とする場合*****

測定1 検査結果が出た場合	測定2 測定不能だった場合	測定3 実施しなかった場合
体重(kg) 7 5 . 0 ※実施扱い	中性脂肪(mg/dl) × ※未実施扱い	中性脂肪(mg/dl) ※未実施扱い

小数点以下まで右詰めで記入してください。

妊娠などが判明し測定できなかった場合、はじめのマスに「×」を記入してください。

受診者の都合で実施できなかった場合などは、空欄としてください。

※必須項目の場合は請求対象から外されます。

円・% 負担額、負担率	訂正方法
3 0 円又は% 2 4 0 0 円	喫煙歴 ± 1:はい 2:いいえ 2 二重線で訂正し、訂正する項目の近くに記入してください。

右詰めで記入してください。

特定健康診査入力票

健診実施機関名

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

(記入要領2) 受診券情報と基本属性

基本属性の記入(青枠)

- ① 機関番号
特定健診機関番号(支払基金に提出する機関届に記載した10桁の番号)を記入してください。
- ② 医師の氏名
特定健康診査を実施した医師の氏名を記入してください。
- ③ 健診年月日
特定健康診査を実施した年月日(西暦)を記入してください。
- ④ 被保険者証等記号・番号
受診者の持参した被保険者証より転記してください。
- ⑤ 委託料単価区分
特定健康診査を実施した形態を個別・集団から選択してください(契約に含まれること)。
- ⑥ 窓口負担
⑫の負担区分、負担額・率、契約書にもとづく特定健診契約単価(網掛部分)より計算し記入してください。

※窓口負担記入例

負担区分	負担額	負担率	特定健診契約単価	窓口負担(記入額)
1:負担なし	0円	0%		0 (円)
2:定額負担	2400円			2400 (円)
3:定率負担		30%	8000円	2400 (円)
4:保険者負担上限	(上限額)5600円		8000円	2400 (円)

受診券より転記(赤枠)

- ⑦ 受診者カナ氏名、生年月日、性別
受診券より転記してください。
生年月日は和暦で記載してください。
- ⑧ 受診券番号
受診券に記載されている受診券整理番号
を転記してください。
- ⑨ 受診券有効期限
受診券より西暦で転記してください。
- ⑩ 保険者番号
受診券より転記してください。
- ⑪ 郵便番号、住所
受診者の住所を受診券より転記してください。
- ⑫ 窓口負担(受診券記載)
受診券に記載されている窓口での自己負担
区分、負担額又は負担率を転記してください。
- ⑬ 代行機関(提出先)
受診券の「支払代行機関名」の場合は「1:国保連合会」、
「支払基金」の場合は「2:支払基金」、「支払代行機関名」が記載されておらず
保険者に直接送付する場合等は「3:その他」を選択し記入してください。

(受診券イメージ)

特定健康診査受診券
20XX年 月 日交付

受診券整理番号 ⑧ ○○○○○○○○○○

受診者の氏名 ⑦ (※カタカナ表記)
性別 (※和暦表記)
生年月日
有効期限 ⑨ 20XX年 月 日

健診内容
-その他()
特定健診(基本部分) 負担額
特定健診(詳細部分) 負担率

その他(追加項目) 負担額
その他(人間ドック) 負担額

保険者所在地
保険者電話番号
保険者番号・名称
契約とりまとめ機関
支払代行機関名

注意事項

- この券の交付を受けたときは、下記の注意事項に自らの住所を自覚していただきます。
- 特定健康診査受診券の発行には、この券と被保険者証を窓口に出していただき、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健康診査項目に限り実施していただき、健康診査を実施する場合は、受診者本人に限り受診するものと、受診者本人に限り受診し、必要に応じて、健康診査等に同意する必要があります。
- 健康診査のデータファイルは、保険代行機関で点検されることのある他、国への実施結果報告として匿名化され、統計的に提供されるので、ご了承の上、受診してください。
- 健康診査の実行が滞りかねた場合は、5日以内にこの券を提出してください。
- 本券にこの券を提出する場合は、前項より移動費として窓口の負担を受けるともなります。
- この券の記載事項に変更がある場合は、すぐに連絡先へ申し出て訂正を依頼してください。

⑪ 千 一 住所

※⑦⑩⑪について
被保険者証の記載と相違がないか
必ず窓口にて確認してください。

特定健康診査入力票

健診実施機関名

機関番号 医師の氏名

受診者
カナ氏名

健診
年月日 20 年 月 日 生年月日 昭和 年 月 日 性別 1:男 2:女

① 質問票	服薬(血圧) 1:服薬あり 2:服薬なし	既往歴(脳血管) 1:はい 2:いいえ	既往歴(貧血) 1:はい 2:いいえ	保健指導の希望 1:はい 2:いいえ	② 診察 自覚症状 他覚症状
	服薬(血糖) 1:服薬あり 2:服薬なし	既往歴(心疾患) 1:はい 2:いいえ	喫煙歴 1:はい 2:いいえ		
	服薬(脂質) 1:服薬あり 2:服薬なし	既往歴(腎不全・人工透析) 1:はい 2:いいえ	飲酒 1:毎日 2:時々 3:ほとんど飲まない		

③ 計測	身長(cm)	腹囲(cm)	収縮時血圧(mmHg) 1:1回目 2:2回目 3:その他(平均値等)	糖 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++
	体重(kg)	腰圍測定法 1:実測 2:自己測定 3:自己申告	拡張時血圧(mmHg)	尿 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++
血糖	空腹時血糖(mg/dl) 1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満) ※食後採血時間で「2:随時」を選択した場合、随時血糖の 結果として結果報告に記載されます。また、医療保険者 には「空腹時血糖」を記載して報告されます。	中性脂肪(mg/dl)	GOT(ASiT)(U/L)	肝機能 GPT(ALT)(U/L)
	ヘモグロビンA1c(%)	HDLコレステロール(mg/dl)	γ-GT(γ-GTP)(U/L)	

④ 医師判断	検査分野別判定 血圧 1:正常 2:異常	尿 1:正常 2:異常	血糖 1:正常 2:異常	血中脂質 1:正常 2:異常	肝機能 1:正常 2:異常	メタボリックシンドローム判定 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
-----------	-------------------------------	-------------------	--------------------	----------------------	---------------------	--	---

⑤ 貧血	全血球容積率 1:質問票 2:診察	赤血球数(万/mm ³)	血色素量(g/dl)	ヘマトクリット値(%)	心電図 所見 1:異常所見あり 2:異常所見なし 判定区分 1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査 具体的な所見	眼底 1:質問票 2:診察 キースワグナー分類 1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV SCOTI分類 1:1a 2:1b 3:II 4:IIIe 5:IIIb 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI Davis分類 1:単純網膜症 2:増殖網膜症 3:増殖網膜症 その他の所見
	前年度結果に基づき今回実施する理由	1:質問票 2:診察	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4		

受診券番号 受診券有効期限 20 年 月 日 保険者番号

被保険者証等記号 番号

郵便番号 住所

特定健康診査 決済情報	基本健診	窓口負担(受診券記載)	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	円又は%	⇒	円
	詳細健診	窓口負担	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限	円又は%	⇒	円
	委託料単価区分	1:個別健診 2:集団健診	代行機関(提出先)	1:国保連合会 2:支払基金 3:その他	窓口負担額合計	

(記入要領3) 特定健康診査結果

基本的な健診の記入(緑枠)

- ① 質問票
・受診者が記入した「特定健康診査質問票」から、該当する項目を転記してください。
- ② 診察
・医師が診察した結果を「特定健康診査質問票」から転記してください。
※医師は「特定健康診査質問票」のその他の既往歴、自覚症状を確認いただき、医師の記入欄で他覚症状に関する項目をコード一覧より3つまで選択し、記入してください。
- ③ 基本的な健診の項目
・身体計測
腹圍測定法では「1:実測 2:自己測定 3:自己申告」を確認のうえ、測定結果を記入してください。
・血圧
「1:1回目 2:2回目 3:その他(平均値等)」を必ず選択し記入してください。
・血糖
空腹時血糖は、採血時間(食後)を忘れずに記入してください。
- ④ 医師判断/質問票の医師記入欄
・検査分野別判定
③の検査結果をもとに、正常・異常の別を選択し記入してください。
・メタボリックシンドローム判定
コード一覧の判定基準(いわゆる8学会基準)に従って「基準該当」、「予備群該当」、「非該当」、「判定不能」のいずれかを選択し記入してください。
・医師の判断
これまでの基本健康診査における総合判定と同様に記入してください。
※要指導の判定では、特定保健指導における積極的支援や動機付け支援の対象者となる可能性を考慮して記入してください。
※要医療の判定では、特定健康診査における受診勧奨値や検査センター等の基準値を考慮のうえ記入してください。

詳細な健診を実施した場合の記入(黄枠)

- ⑤ 詳細な健診の項目
・特定健診の詳細健診として実施した場合
必ず「実施理由」の回答を選択し記入してください。心電図および眼底検査は前年度結果が一定の条件に該当していることが前提です。
・所見
心電図の「具体的な所見」がある場合は、コード一覧より3つまで選択し記入してください。
眼底の「その他の所見」は10文字まで記入できます。

代行入力と請求事務代行の提案

— 代行入力における帳票類の標準化の必要性 —

