

# 特定健康診査/大腸がん検診 について

## ( 熊本市医師会)

### 【 目 次 】

1. 注意事項
2. 大腸がん検診(個別検診)
  - 2-1. 大腸がん検診の手引き
  - 2-2. 大腸がん検診の案内
  - 2-3. 大腸がん検診問診票
3. 特定健康診査
  - 3-1. 特定健康診査票
    - 3-1-1.基本属性
    - 3-1-2.実施医療機関
    - 3-1-3.健診区分
    - 3-1-4.質問
    - 3-1-5.基本的な健診
    - 3-1-6.詳細な健診
    - 3-1-7.検査依頼書
    - 3-1-8.補足
  - 3-2. 質問票・コード一覧表
    - 3-2-1.質問票
    - 3-2-2.コード一覧
  - 3-3. 健診結果通知票
  - 3-4. 情報提供リーフレット
  - 3-5. 基準値と自動判定
  - 3-6. 関連機関一覧表
  - 3-7. 添付資料
    - 3-7-1. コード一覧表(家族歴/既往歴/自覚症状/他覚症状/眼底/心電図)
    - 3-7-2. 質問票(特定健診問診/家族歴/既往歴/自覚症状)

特定健康診査票の様式が変わります。

平成30年4月以降は、新しい診査票（タイトル部分の背景が青塗り）を使用してください。

### ◎生活保護を対象とした特定健診

従来通り熊本市健康づくり推進課発行の受診券を確認し、受診券は実施機関で保管して下さい。  
保護証明書より発行日、熊本市に住所があるかを確認して実施して下さい。  
診査票の受診券整理番号は受診券に記してありますので、受診券整理番号のみ記入して下さい。  
(台帳番号は記入しないで下さい)

### ◎後期高齢者を対象とした特定健診

年度内に75歳になる方については、国保から受診券が送付されます。  
有効期限は**誕生日の前日**ですのでご注意ください。誕生日以降に受診する場合は、広域連合に申し込み、受診券を発行してもらう必要があります。広域連合から発行された受診券の有効期限は年度末（3月31日）です。

### ◎窓口での自己負担

保険者によっては、受診券に負担率が記載されている場合があります。  
**負担額**に換算して記入して下さい。

### ◎保険証記号番号

受診券に記載がある場合（協会けんぽ等）は、保険証の記号番号と**受診券記載の記号番号が同じであることを確認して転記**して下さい。

### ◎対象区分

#### ・年齢

年度途中で75歳になる方の年齢区分は、**満年齢(誕生日基準)**に基づいてチェックを入れてください。

**◎特定健診を利用した人間ドック助成の取扱いについて**

- ・人間ドック受診時に受診券を利用する場合  
人間ドック受診時に各健診の受診券を使い、各健診費用分の割引(契約単価分の割引)が利用できます。
- ・人間ドック受診時に受診券を利用する方法
  - ①一覧から人間ドック受診先を選びます
  - ②直接受診先に電話で人間ドックを申し込み、  
その際「〇〇健診受診券を利用します」と受付の方に伝えます。
  - ③人間ドック受診当日、受診券・保険証を受診先の窓口に提示します。
  - ④人間ドック費用のうち、〇〇健診費用分の補助を差し引いた残りが 本人負担額となります。

熊本市ホームページより

**※診査票の記載について**

対象区分「市国保ドック」はなくなりました。上記のようにドック健診と特定健診を併用しておこなった場合は、特定健診としての情報に基づいて記載してください。

詳細項目については、その実施が特定健診の詳細項目実施基準に基づいて実施したのであれば、詳細項目欄の当該項目にチェックを入れ、実施理由欄の当該項目にもチェックを入れてください。

**◎診査票様式の一部変更について**

- ・窓口負担  
負担率はなくなりました。負担率が記載されている場合は、負担額に換算して記入してください。
- ・保険者番号、保険者名称  
該当する項目にチェックを入れてください。
- ・支払代行機関番号、支払代行機関名  
該当する項目にチェックを入れてください。
- ・対象区分  
対象区分「市国保ドック」はなくなりました。
- ・詳細な健診  
後期高齢者として実施した場合は「広域連合」にチェックを入れてください。

**◎尿潜血検査について**

熊本市国保/後期高齢者医療/生活保護健診の場合は、尿潜血検査を実施してください。  
なお、尿潜血が契約項目に無い場合(社保扶養・全国的な国保)は、データは登録しません。  
(結果通知票にも表示されません)

**◎返送用通知票について**

平成22年度よりなくなりました。  
受診勧奨(精密検査や治療等)に該当する項目がある場合は、健診結果通知票にチェック等を入れ、受診者へ説明してください。  
なお、その情報をヘルスケアセンターへ連絡していただく必要はありません。

**◎大腸がん検診について**

熊本市住民検診として実施した場合は、検査依頼書の追加項目欄へ記入しないでください。

### 大腸がん検診の流れ

1. 特定健診を受診した方へ「大腸がん検診」の説明をし、希望者に対して大腸がん検診のご案内、問診票及び検査容器を渡し、便採取方法の説明を行う。  
問診票には 1.健診機関番号(特定健診の機関番号) 2. 医療機関名を記入する。
2. 後日受診者は問診票と検査容器を医療機関窓口へ提出する。  
※提出時の医療機関窓口での対応
  - ①問診表のチェック。(記入漏れがないか)
  - ②検査容器のチェック(容器に名前が書いてあるか、便が採れているか)
  - ③自己負担金(500円)を徴収し、問診票に記入する。(自己負担金免除者は書類を確認する)
  - ④問診票と検査容器をホッチキスで止め、熊本市医師会検査センターへ提出する。
  - ⑤問診票は2枚複写となっています。1枚目(医師会検査センター提出分)、2枚目(医療機関控え)
3. 熊本市医師会ヘルスケアセンターから受診者へ直接結果を発送する。  
要精検の場合は、結果通知書に精密検査医療機関リストを添えて発送する。

### 大腸がん検診実施の詳細

1. 対象者  
熊本市内に居住地を有する40歳以上の者。  
(当該年度内に満40歳に達するものを含む)
2. 自己負担金  
500円  
検査容器回収時に医療機関窓口で徴収する。  
  
**※自己負担金の免除対象者**
  - ①生活保護法による被保護世帯に属する者。  
保護証明書を確認の上、問診票に記入する。
  - ②市民税非課税世帯に属する者。  
市県民税(所得・課税)証明書①(念の為、世帯全ての家族が載ったものかご確認お願いします。)を確認の上、問診票に記入。証明書は確認後ご本人へ返却する。(他の検診などで使用できます。)
3. 検査容器の取り扱い  
大腸がん検診は便潜血検査2日法です。  
採取・保管の方法等の詳細は大腸がん検診のご案内をご覧ください。  
  
検査センターが回収するまで冷所にて保管ください。  
また、回収が翌日になる場合は冷蔵にて保管をお願いいたします。  
  
※1本のみ提出された場合、後日残りを提出されても検査はできません。  
受診者の方が1本のみご提出された場合は、1本のみ結果となることをお伝えください。

4. 実績報告及び要精検者のフォロー

実績報告及び要精検者のフォローは熊本市医師会ヘルスケアセンターにて行う。

実績報告(行政への報告)

- ① 月毎の受診者名簿
- ② 要精検者の精密検査受診状況
- ③ 要精検者の精密検査受診結果
- ④ 男女別、年代毎の検査結果集計・行政への報告等

要精検者へのフォロー

- ① 未受診者への受診勧奨。  
初回は文書にて勧奨し、その後は電話にて勧奨・指導を行う。

5. 料金

医療機関の手数料収入 500円

受診者負担金の500円を医療機関の手数料収入として扱う。

自己負担金免除者分は、後日振込みとなります。

※市県民税(所得・課税)証明書①について

注① 証明書発行日が4月1日～5月31日 →29年度(前年度)

注② 証明書発行日が6月1日～3月31日 →30年度(当該年度)

平成18年度 市県民税(所得・課税)証明書 ①

申請者 住所 氏名

平成30年度の検診においては、平成29年度(注①)または平成30年度(注②)

※以下 証明内容は賦課期日(平成18年1月1日)現在です。

当該年度の1月1日の住所 熊本市

世帯主

氏名	生年月日	平成17年分の所得額(円)	平成18年度市県民税額(円)				備考
			市県民税		県民税		
			所得割	均等割	所得割	均等割	年税額
昭和	年 月 日	2,000,000	30,000	3,000	20,000	1,500	54,500
			( 32,000 )		( 22,000 )		
昭和	年 月 日	1,100,000	0	3,000	0	1,500	4,500
			( )		( )		
昭和	年 月 日	0	0	0	0	0	
			( 0 )		( 0 )		
昭和	年 月 日						
			( )		( )		
※※ 以下余白 ※※							

この欄がすべて0になっていること

※プリント文字で記載した証明内容に追加した手書きは、市長印で特に表示したもののほかは無効です。

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成18年 6月 1日

交付第 号

熊本

※この証明書には青色の電子印を使用し、「すかし」等の不正防止措置が施されています。

※( )の金額は、定率控除前の所得割額です。

《発行日について》

- ・検診日が、平成30年4月1日～30年5月31日 の場合  
発行日は、平成29年6月1日 以降であること。
- ・検診日が、平成30年6月1日～31年3月31日 の場合  
発行日は、平成30年6月1日 以降であること。

※ただし、検診日が、平成30年6月1日～30年6月7日 の場合  
発行日は、平成30年6月1日 以降であればよい。

## 大腸がん検診のご案内（個別検診）

（熊本市在住の40歳以上の方が対象）

### □ 提出場所

- 提出場所は、検査キットを受け取られた医療機関に提出してください。1本しか提出できない場合は1本のみ検査になりますのでご了承ください。

郵送はできませんのでご注意ください。（**郵送不可**）

（日曜・祝日、および年末年始は取り扱いいたしませんのでご注意ください）

### ◎ 負担金：500円（提出時に徴収いたします）

生活保護世帯の方は「**保護証明書**」（最新年度分）を、市民税非課税世帯の方は「**市県民税（所得・課税）証明書①**」（同一世帯全員の課税状況を記載した最新年度分）を受付で提示すると**無料**になります。（但し、検診日が4月1日～5月31日までは前年度分となります。）

### □ 便の採り方

- 毎日便が出る方は提出日の2日前から1日1本採便してください。
- 便がなかなか出ない方は1週間前から採便してもかまいません。  
その場合、**冷凍保存**をお願いします。（**下記、保存方法を参照**）

### □ 便の保存方法

- **冷蔵保存（冷蔵庫）…3～4日間、冷凍保存（冷凍庫）…約1週間の保存が可能です。（常温で放置された場合、検査が出来ません）**
  - 容器（内容液）の漏れやラベルが濡れないようにご注意ください。
- この様な時には便を採らないでください。
- ・ 下痢をしている時
  - ・ 痔等の出血がある時
  - ・ 生理中の時
- 容器のラベルを記入してください。
- 容器のラベルには**エンピツ（耐水性のペン等も可）**で記入したうえで、容器を添付の青いビニール袋に入れてご提出ください。
  - 問診票は全部記入してください。

### □ 検査結果について

- 約2週間後、検診とりまとめ機関より郵送にてご通知いたします。
  - 結果が陽性の場合には、原則として大腸内視鏡検査または注腸エックス線検査による精密検査を受ける必要があります。
- 検診とりまとめ機関 **熊本市医師会ヘルスケアセンター**
- ・ 熊本市本荘5-15-12（熊本地域医療センターうら）  
電話番号 096（366）2711

## 大腸がん検診問診票 (個別検診)

▲ いずれかを○で囲んでください

※赤枠内は、医療機関でご記入ください。

	提出本数	1本	2本
1.健診機関番号	3.負担金	① 500円 ② 生保 ③ 非課税	
2.医療機関名			

※受診者の方へ…太枠の中をご記入ください。

学 校 区				No						
フリガナ				男	生	大正	年	月	日	
氏名				・	年月日	昭和				
				女		平成		(	歳)	
住 所	〒	8	6	-	□	□	□	電話番号 (      -      )		
	熊本市		区							

つぎの質問(1~7)の該当事項に○印のご記入、またはお答えください。

1. 痔の症状がありますか? —————▶ いいえ ・ はい

---

2. これまでに貧血を指摘されたことがありますか? —————▶ いいえ ・ はい

---

3. 3ヶ月以内に便に血がついていたり、肛門から出血したことがありますか?

いいえ

はい

色は? ▶ ①まっか

▶ ②赤黒い

▶ ③黒い

出血の状態は? ▶ ①血が便に混じる

▶ ②血がポタポタでる

▶ ③血が紙につく程度

---

4. 腹部に次の症状がありますか?

ない

ある

▶ ①便がすっきりでない

▶ ②便の回数の増加

▶ ③下腹部にしこりが感じられる

▶ ④下腹部に痛みが感じられる

▶ ⑤その他 (                      )

---

5. 両親や血のつながった方にガンにかかった人はいますか?

ない

ある

①大腸(続柄:                      ) ②胃(続柄:                      )

③肝臓(続柄:                      ) ④肺(続柄:                      )

⑤その他(                      続柄:                      )(                      続柄:                      )

---

6. 便通はいかがですか?

①毎日ある      ②便秘ぎみ (      )日に(      )回      ③下痢ぎみ

④便秘と下痢をくりかえす      ⑤その他 (                      )

---

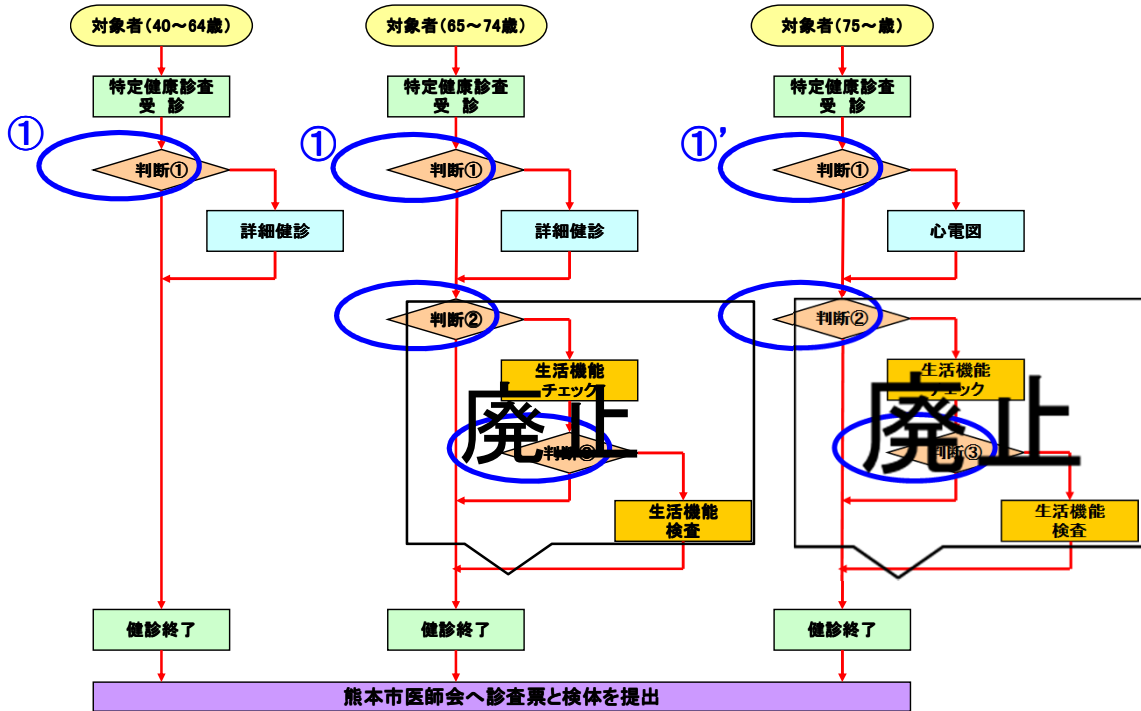
7. これまでに大腸がん検診を受けたことがありますか?

ない・ある ( 毎年 ・ 1年前 ・ 2年前 ・ 3年前 ・ 4年前 ・ わからない )

この検診で得た個人情報については、大腸がん検診の目的以外では使用しません。



《 特定健康診査フローチャート 》



**判断①** 前年度の特定健診の結果及び類似する検査結果において全ての項目で、厚労省の示す一定の基準を満たしていた場合に質問票や診察の結果から詳細健診が必要であるか否か判断します。

詳細な健診の項目

追加項目	実施できる条件（判断基準）				
<b>貧血検査</b> （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				
<b>心電図検査</b> （12誘導心電図）	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 又は問診等で不整脈が疑われる者				
<b>眼底検査</b>	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。</p>	血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上
血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上				
<b>血清クレアチニン検査</b> （eGFR による腎機能の評価を含む）	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上
血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上				

**判断①'** 心電図検査及び眼底検査が必要であるか否か判断します。  
検査方法も必ず記入してください。平成30年度より、尿検査の実施不可理由を追加。従来よりこの2項目に限っては尿検査を免除出来ます。

**※注意** 平成30年4月より社会保険扶養者の特定健診において血清クレアチニンが対象者に限り、詳細項目として別途(113円)請求できるようになりました。  
対象条件として上記要件が必要ですが、後日判明する血糖値による対象の場合、血清クレアチニンの追加依頼が必要となります。請求先の支払基金へのデータ上の請求追加処理が必要となる為、この場合の検査追加に限りヘルスケアセンターに必ずご連絡下さい、血清クレアチニンの検査センターへの追加依頼は、ヘルスケアセンターで行います。



# 3-1. 特定健康診査票

## 特定健康診査票

1枚目: 提出用 2枚目: 医療機関控

《特定健康診査票》コンピュータ処理をしますので、折り曲げたり、汚したりしないでください (提出用)

健診実施日 20 年 月 日

健康保険証 No. 40400001  
400001

フリガナ ( )

氏名 ( ) 性別 ( ) 年齢 ( )

住所 ( ) 電話番号 ( )

健診有効期間 20 年 月 日

健康診査実施番号 ( )

1 a. 現在、血圧を下げる薬を使用している。  はい  いいえ

2 b. 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。  はい  いいえ

3 c. 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している。  はい  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。  はい  いいえ

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。  はい  いいえ

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)を受けている。  はい  いいえ

7 医師から、腎臓と血といわれたことがある。  はい  いいえ

8 現在、たばこを習慣的に吸っている。  はい  いいえ

9 「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  はい  いいえ

9 20歳の時の体重から10kg以上増加している。  はい  いいえ

10 1回30分以上の軽く汗をかき運動を週2日以上、1年以上続けている。  はい  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時間以上行っている。  はい  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。  はい  いいえ

13 食事をおかずに食べる状態はどれに当てはまりますか。  はい  いいえ

14 人と比較して食べる速度が遅い。  はい  いいえ

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。  はい  いいえ

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。  はい  いいえ

17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。  はい  いいえ

18 お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度  はい  いいえ

19 飲酒日の1日当たりの飲酒量  はい  いいえ

20 睡眠で体量が十分とれている。  はい  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いませんか。  はい  いいえ

※この健康診査に記載された個人情報、健康診査業務に必要な範囲内でのみ利用いたします※

《特定健康診査票》コンピュータ処理をしますので、折り曲げたり、汚したりしないでください (医療機関控)

健康診査実施日 20 年 月 日

健康保険証 No. 40400001  
400001

フリガナ ( )

氏名 ( ) 性別 ( ) 年齢 ( )

住所 ( ) 電話番号 ( )

健診有効期間 20 年 月 日

健康診査実施番号 ( )

1 a. 現在、血圧を下げる薬を使用している。  はい  いいえ

2 b. 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。  はい  いいえ

3 c. 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している。  はい  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。  はい  いいえ

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。  はい  いいえ

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)を受けている。  はい  いいえ

7 医師から、腎臓と血といわれたことがある。  はい  いいえ

8 現在、たばこを習慣的に吸っている。  はい  いいえ

9 「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  はい  いいえ

9 20歳の時の体重から10kg以上増加している。  はい  いいえ

10 1回30分以上の軽く汗をかき運動を週2日以上、1年以上続けている。  はい  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時間以上行っている。  はい  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。  はい  いいえ

13 食事をおかずに食べる状態はどれに当てはまりますか。  はい  いいえ

14 人と比較して食べる速度が遅い。  はい  いいえ

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。  はい  いいえ

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。  はい  いいえ

17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。  はい  いいえ

18 お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度  はい  いいえ

19 飲酒日の1日当たりの飲酒量  はい  いいえ

20 睡眠で体量が十分とれている。  はい  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いませんか。  はい  いいえ

※この健康診査に記載された個人情報、健康診査業務に必要な範囲内でのみ利用いたします※

## 特定健診検査依頼書

3枚目上部: 提出用

3枚目下部: 医療機関控

《特定健康検査依頼書》提出用(貴院控えを切り取り、1P目と一緒に御提出下さい。)

健診実施日 20 年 月 日

健康保険証 No. NNNNNNNN

フリガナ ( )

氏名 ( ) 性別 ( ) 年齢 ( )

住所 ( ) 電話番号 ( )

特定健診セット項目 (検査項目記号 S: 分画別尿生化学容器 G: 血液容器 B: 末梢容器)

セット名称	検査項目	セット内容
熊本県国保 S20	S・G・B	GOT GPT γ-GTP 中性脂肪 HDL-C LDL-C 血糖 HbA1c 血清クレアチニン 血清尿酸
広域連合 S21	S・G・B	GOT GPT γ-GTP 中性脂肪 HDL-C LDL-C 血糖 HbA1c 血清クレアチニン 血清尿酸 末梢血液一般(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)
生活保護 S22/23	S・G・B	GOT GPT γ-GTP 中性脂肪 HDL-C LDL-C 血糖 HbA1c 血清クレアチニン 血清尿酸 ※75歳以上[S23] 上記+末梢血液一般(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)
被用者・その他 S26	G・※G・※B	GOT GPT γ-GTP 中性脂肪 HDL-C LDL-C ※血糖 ※HbA1c ※契約内容を随時ご確認ください
貧血 S19	B	末梢血液一般(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)
クレアチニン 62	S	血清クレアチニン

特定健康検査依頼書(検査センター提出用)

健康診査実施日 20 年 月 日

健康保険証 No. NNNNNNNN

フリガナ ( )

氏名 ( ) 性別 ( ) 年齢 ( )

住所 ( ) 電話番号 ( )

検査センター No. 1 0

年齢区分	S20	S21	S22/23	S26	S19	62	100	103	109
～39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40～64	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65～74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75～	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

検査の追加がある場合は別途、医師会検査センターの「総合依頼書」にてご依頼下さい

(院内システム等へ結果取り込みが必要な場合は、キーワードを必ずご記入ください)

(カルテNo)

(患者ID)

(提出材料チェック項) (備考欄)


生 化 末 糖 尿 便 その他

《特定健康検査依頼書》 上記の追加検査項目をご依頼された場合のみ記載されて医療機関控にしてください。

セット名称	検査項目	セット内容
熊本県国保 S20	S・G・B	GOT GPT γ-GTP 中性脂肪 HDL-C LDL-C 血糖 HbA1c 血清クレアチニン 血清尿酸
広域連合 S21	S・G・B	GOT GPT γ-GTP 中性脂肪 HDL-C LDL-C 血糖 HbA1c 血清クレアチニン 血清尿酸 末梢血液一般(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)
生活保護 S22/23	S・G・B	GOT GPT γ-GTP 中性脂肪 HDL-C LDL-C 血糖 HbA1c 血清クレアチニン 血清尿酸 ※75歳以上[S23] 上記+末梢血液一般(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)
被用者・その他 S26	S・※G・※B	GOT GPT γ-GTP 中性脂肪 HDL-C LDL-C ※血糖 ※HbA1c ※契約内容を随時ご確認ください
貧血 S19	B	末梢血液一般(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)
クレアチニン 62	S	血清クレアチニン

診 査 票 ( A )

《 特定健康診査票 》コンピュータ処理をしますので、折り曲げたり、汚したりしないでください ( 提 出 用 )

健診実施日 ①	20 年 月 日	診査票番号	No. 40400001 ⑩	
保険証 ②	記号	ID	400001	
受診券整理番号 ③	番号	ヘルスケアセンター 記入欄		
フリガナ ④	前回受診後に氏名に変更があった方の旧氏名			
氏名 ④	性	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	1 大正 2 昭和 3 平成	年度年齢 年 月 日 ( ) 歳
住所 ⑤	〒 - 電話番号 ( )			
受診券有効期限 ⑥	20 年 月 日	窓口での自己負担 ⑧	特定健診 (基本部分) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 負担額	
⑦	<input type="checkbox"/> 熊本市国保 <input type="checkbox"/> 熊本県広域連合 <input type="checkbox"/> 生活保護	特定健診 (詳細部分) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 負担額		
保険者番号名 ⑨	<input type="checkbox"/> その他 番号	支払代行機関名 <input type="checkbox"/> 国保連合会 <input type="checkbox"/> 支払基金		
	名称 ( )	<input type="checkbox"/> その他 番号		

転 記 元

- ・特定健診受診券 (医療機関にて保管してください)
- ・受診者の被保険者証
- ・保険者との特定健診の契約書等

記 入 方 法

① 健診実施日

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。  
採血を実施した日を特定健診実施日とみなしてください。

例: 2018年7月8日 → 2 0 1 8 0 7 0 8

② 保険証

受診者の持参した被保険者証より転記してください (左詰め)。

(受診券に記載がある場合は、受診券より転記してください)

〈協会けんぽ の場合〉

受診券の記載が 1234 567890- 123 となっている場合、

診査票への記入は 記号 1234567890 番号 123 となります。

※生活保護の場合は、記入の必要はありません。

③ 受診券整理番号

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。台帳番号は記入しない。(左詰め)

④ 受診者氏名、フリガナ、性別、生年月日 (年度年齢)

フリガナはカタカナで、性と名の間は1マス空けてください。 例: コジマ キョウコ

受診者の生年月日は年度年齢を和暦で記入してください。

例: 昭和6年7月8日 → 2 0 6 0 7 0 8

受診券に記載された内容を転記してください。もしも受診券に記載された内容と本人が申告する内容に違いがあった場合でも、受診券の内容を記載してください。

⑤ 郵便番号、住所、電話番号

受診券に記載された内容を転記してください。

受診券に記載された内容と本人が申告する内容に違いがあった場合でも、受診券の内容を記載してください。

⑥ 受診券有効期限

受診券に記載された内容を西暦で転記してください。

⑦ 保険者番号、保険者名称

市国保・広域連合・生活保護の場合は、該当する項目にチェックを入れてください。

その他の場合は、受診券より名称・番号を転記してください。

⑧ 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、負担額を転記してください(右詰めで)。

保険によって詳細項目を実施した場合、窓口負担が発生する場合は記入してください。

負担率が記載されている場合は、負担額に換算して記入してください。

(具体的な負担額の換算法等については医師会ヘルスケアセンターまでお問い合わせください)

〈市国保・広域連合・生活保護の場合〉

例1: 窓口での自己負担がある場合は、「あり」にチェックを入れ、金額欄に金額を記入します。

例2: 窓口での自己負担が0円の場合は、「なし」にチェックを入れ、金額欄に0を記入します。

※ 詳細部分の欄は、「なし」にチェックを入れ、金額欄に0を記入します。

例1

特定健診 (基本部分)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	負担額	1	0	0	0
特定健診 (詳細部分)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	負担額				0

例2

特定健診 (基本部分)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	負担額				0
特定健診 (詳細部分)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	負担額				0

〈協会けんぽ 集合B契約の場合〉例3

例3:

基本部分

保険者負担上限額=6,520円

契約単価(集合B)=7,714円

受診者窓口負担金=7,714-6,520=1,194円

詳細部分

保険者負担上限額=3,400円

3項目実施しても計2,303円なので、

受診者窓口負担金=0円

特定健診 (基本部分)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	負担額	1	1	9	4
特定健診 (詳細部分)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	負担額				0

※医療機関が集合A契約に参加されている場合は、金額が違います。ご注意ください。

⑨ 支払代行機関番号、支払代行機関名

市国保・広域連合・その他の国保の場合は、国保連合会にチェックを入れてください。

被用者保険(協会けんぽ等)の場合は支払基金に、チェックを入れてください。

その他の場合は、受診券より名称を転記してください。

⑩ キー情報

この欄には何も記入しないでください。



## 診 査 票 ( B )

には該当するところに/を黒鉛筆で記入してください →  には数字を黒鉛筆で記入してください

実施医療機関	名称	①	② 健診機関番号	<input type="text"/>
	所在地		③ 検査センター顧客コード	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0
	電話番号		医師名 (代表医師)	

## 記 入 方 法

## ① 実施医療機関名称、所在地、電話番号、医師名

特定健康診査を実施した医療機関名称、所在地、医師の氏名を記入してください。

印鑑(スタンプ)でもかまいません。

なお、医師名はシステムの関係上、一医療機関につき一名となります。この医師名が結果通知票の医師名になります。(ヘルスケアセンターで登録してる医師名になります。)

複数の医師で健診を実施する場合でも、代表者名を記入してください。

## ② 健診機関番号

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。

## ③ 検査センター顧客コード

検査センターより発行された顧客コード(特定健診用コード)を記入してください。

診 査 票 ( C )

年齢区分	対象区分				詳細項目				血糖検査		
	熊本市国保	広域連合	生活保護	被用者その他	貧血	心電図	眼底	クレアチニン	血漿血糖	血清血糖	HbA1c
～39		①		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	②	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	③
40～64	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
65～74	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
75～		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

記 入 方 法

① 対象区分

受診者が属する保険者と受診者の年齢区分に基づいてチェックを入れてください。

年齢区分は年度による年齢です。年齢計算は年度末(3月31日)です。

※年度途中で75歳になる方の年齢区分は、満年齢(誕生日基準)に基づいてチェックを入れてください。

※協会けんぽ・健保組合・共済組合等の被扶養者の場合は、「被用者その他」にチェックを入れてください。

※熊本市以外の国保・国保組合(医師国保、全国土木国保 等)・事業所健診(被保険者)の場合は、「被用者その他」にチェックを入れてください。

★ 対象区分「市国保ドック」はなくなりました。ドック健診と特定健診を併用して実施した場合は、特定健診としての情報に基づいてチェックを入れてください。詳細項目については、その実施が特定健診詳細項目実施基準に基づいて実施した場合は、当該項目にチェックを入れてください。(実施理由の欄にも当該項目にチェックを入れてください。)

② 詳細項目

詳細項目を実施した場合は、当該項目にチェックを入れてください。

なお詳細項目の実施にあたっては、厚生労働省で示された実施基準を満たしていることが必須条件であり、さらに実施理由(問診や診察)の記載があることが実施条件となっています。

〈下記の場合は、詳細健診ではない場合でも当該項目にチェックを入れます〉

※ 広域連合(後期高齢者)は貧血検査が必須項目ですので、当該項目にチェックを入れてください。(実施理由の欄には「広域連合」にチェックを入れてください。)

※ 広域連合(後期高齢者)に医師判断による心電図検査を実施した場合は、当該項目にチェックを入れてください。

(実施理由の欄には「広域連合」にチェックを入れてください。)

③ 血糖検査

血糖容器を使用した場合は血漿血糖にチェックをいれてください。

やむを得ず生化容器で血糖検査を行う場合は、血清血糖にチェックを入れてください。

対象区分が熊本市国保・広域連合・生活保護の場合は血漿血糖とヘモグロビンA1cは必須項目です。

従来より熊本市国保・熊本市高齢者健診・生保者等検診は血糖検査において、血漿血糖(グレー)とヘモグロビンA1c(紫)が必修項目です。社会保険扶養者(協会けんぽ・共済組合・健保組合・その他の国保等)は(空腹時)の場合は血漿血糖、(随時)と(食直後)にチェックが入る場合はヘモグロビンA1c(紫)で実施して下さい。

(この場合血漿血糖は必要ありませんが、A契約をお持ちの実施機関はその限りではございません。契約をご確認をお願いします。)

平成30年度4月より厚生労働省が特定健診の指針として、随時血糖(食後3.5時間以上10時間未満)を血糖検査として認められましたが、熊本県医師会と保険者協議会との契約で『(空腹時)は血漿血糖、(随時)と(食直後)の場合はヘモグロビンA1cで血糖検査を行う』こととなっております。

※各項目(対象区分等)は必ず同一年齢区分の行にチェックを入れてください。

## 診 査 票 ( D )

①	1 a. 現在、血圧を下げる薬を使用している。	<input checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ				
	2 b. 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 checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ				
	3 c. 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している。	<input checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ				
②	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 checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ				
	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 checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ				
	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）を受けている。	<input checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ				
	7 医師から、貧血といわれたことがある。	<input checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ				
③	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 checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ				
	9 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ				
	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 checked="" type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input checked="" type="checkbox"/> ほとんどかめない								
④	14 人と比較して食べる速度が速い。	<input checked="" type="checkbox"/>	速い	<input checked="" type="checkbox"/>	ふつう	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ				
	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 checked="" type="checkbox"/>	毎日	<input checked="" type="checkbox"/>	時々	<input checked="" type="checkbox"/>	ほとんど摂取しない		
	17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ				
	18 お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	<input checked="" type="checkbox"/>	毎日	<input checked="" type="checkbox"/>	時々	<input checked="" type="checkbox"/>	ほとんど飲まない(飲めない)		
	19 飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安：ビール 500ml、焼酎(25度)110ml ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input checked="" type="checkbox"/>	(1合)未満 (飲めない場合も含む)	<input checked="" type="checkbox"/>	(1~2合)未満	<input checked="" type="checkbox"/>	(2~3合)未満	<input checked="" type="checkbox"/>	(3合)以上
	20 睡眠で休養が十分とれている。	<input checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" 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いませんか。 <input checked="" type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input checked="" type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) <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 checked="" type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)								
	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 checked="" type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ				

## 記 入 方 法

## ① 服薬歴

該当する項目にチェックを入れてください。

## ② 既往歴

該当する項目にチェックを入れてください。

## ③ 喫煙歴

該当する項目にチェックを入れてください。

「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」とは、現在までに喫煙した総本数、あるいは延べ喫煙期間という意味です。

※平成21年度より階層化の判断条件から質問8-1を除外しました。

したがって、階層化の判断条件は、質問1・質問2・質問3・質問8 となります。

## ④ 生活習慣

該当する項目にチェックを入れてください。

平成30年度4月より問診③を修正し生活習慣の改善に関する歯科口腔保健の取り組みの端緒となる質問に変更になりました。

※必ず全質問(1から22)に記入してください。

※各質問に対する答えは、「はい」「いいえ」あるいは該当する項目のいずれか一つのものにチェックを入れてください。複数回答はエラーになります。



診 査 票 ( E )

基本的な健診	家族歴-続柄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
	既往歴-経過①	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
	自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
	他覚症状②	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
	身体計測③	身長 ( ) (cm) 体重 ( ) (kg) 腹囲 ( ) (cm)
	血 圧④	収縮期 ( ) 拡張期 ( ) (mmHg) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 平均値
	尿検査⑤	糖 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+ 検査方法 <input type="checkbox"/> 試験紙法(機械読み取り)
		蛋白 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+ <input type="checkbox"/> 試験紙法(目視法)
	潜血 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+ 実施不可理由 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 生理中	
採血時間⑥	食後採血時間 <input type="checkbox"/> 空腹時(食後10時間以上) <input type="checkbox"/> 随時(食後3.5時間以上10時間未満) <input type="checkbox"/> 食直後(食後3.5時間未満)	
血液検査⑦	※血液データは熊本市医師会検査センターから取り込みます ※3枚目の《特定健診検査依頼書》に必要な項目を記載してください	

記 入 方 法

- ① 家族歴-続柄、既往歴-経過、自覚症状  
該当するコードを別紙のコード一覧表を元に記入してください。  
コードを記入したときは、「あり」にチェックを入れてください。  
特記すべき所見がない場合は、「なし」にチェックを入れてください。  
各質問に対応した所見コードを記入してください。  
例えば家族歴の記入欄に既往歴のコードを入れたりしないでください。エラーになります。
- ② 他覚症状  
該当するコードを別紙のコード一覧表を元に記入してください。  
コードを記入したときは、「あり」にチェックを入れてください。  
特記すべき所見がない場合は、「なし」にチェックを入れてください。
- ③ 身長・体重・腹囲(身体計測)  
小数点以下一桁まで記入してください(右詰で)。小数点以下の0も記入してください。  
例: 身長 170.4cm/体重 68Kg/腹囲 87cm → ././.
- ④ 血 圧  
測定値を記入してください(右詰で)。  
「1:1回目 2:2回目 3:その他(平均値等)」を必ず選択してチェックをいれてください。
- ⑤ 尿検査  
熊本市国保・後期高齢者医療・生活保護健診の場合は、尿潜血検査も実施してください。  
なお、尿潜血が契約項目に無い場合は、データは登録しません。(結果通知票にも表示されません)  
検査方法も必ず記入してください。平成30年度より、尿検査の実施不可理由を追加。  
従来よりこの2項目に限っては尿検査を免除出来ます。
- ⑥ 採血時間  
該当する項目をチェックしてください。  
平成30年4月より採血時間を食後10時間以上を(空腹時)、食後3.5時間以上10時間未満を(随時)、食後3.5時間未満を(食直後)と決めました。該当する項目にチェックをして下さい。

※ 血糖検査

熊本市国保・後期高齢者医療・生活保護健診の特定健診では血糖とHbA1cが必須となります。B契約のみ(熊本県医師会の集合契約)の実施機関が社会保険の扶養者(主に社会保険)の特定健診を実施の場合、受診者が(空腹)血漿血糖、食後3.5時間以上10時間未満の(随時)と食後3.5時間未満の(食直後)の場合、HbA1cで血糖検査を必ず実施して下さい。

⑦ 血液検査

血液データは熊本市医師会検査センターから取り込みます。  
3枚目の《特定健診検査依頼書》に必要な項目を記入してください。

診 査 票 ( F )

★貧血検査実施の際には、必ず「詳細項目の貧血」に <input type="checkbox"/> 記入して下さい (3枚目の検査依頼書へ複写になります)	
詳細な健診	★貧血検査 <b>①</b> 実施理由 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 質問票 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 広域連合 <input type="checkbox"/>
	<b>②</b> 実施理由 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 質問票 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 広域連合 <input type="checkbox"/>
	心電図検査 <b>③</b> 報告区分 <input type="checkbox"/> 検査結果による対象者 <input type="checkbox"/> 不整脈による対象者 <input type="checkbox"/> 詳細健診以外で実施 <input type="checkbox"/>
	<b>④</b> 判定 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/>
	<b>⑤</b> 所見 <input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )
	<b>⑥</b> 実施理由 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 質問票 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 広域連合 <input type="checkbox"/>
	<b>⑦</b> 報告区分 <input type="checkbox"/> 検査結果による対象者 <input type="checkbox"/> 詳細健診以外で実施 <input type="checkbox"/>
	<b>⑧</b> 判定 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/>
	眼底検査 <b>⑨</b> KW分類 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV シェイ分類 H <input type="text"/> S <input type="text"/> スコット分類 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Ia <input type="checkbox"/> Ib <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Va <input type="checkbox"/> Vb <input type="checkbox"/> VI <b>⑧</b> 他の所見 ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) クレアチニン <b>⑨</b> 実施理由 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 質問票 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 市国保・広域・生保 <input type="checkbox"/> 報告区分 <input type="checkbox"/> 検査結果による対象者 <input type="checkbox"/> 詳細健診以外で実施 <input type="checkbox"/>

記 入 方 法

- ① 貧血検査－実施理由**  
 特定健診の詳細健診として実施した場合は、必ず「今回実施する理由」を記入してください。  
 (検査結果／質問票／診察 から1つ選んでチェックを入れてください)  
 ※後期高齢者は必須項目になります。「広域連合」にチェックを入れてください。
- ② 心電図検査－実施理由**  
 特定健診の詳細健診として実施した場合は、必ず「今回実施する理由」を記入してください。  
 (検査結果／質問票／診察 から1つ選んでチェックを入れてください)  
 また、平成30年度より「報告区分」が追加になりましたので必ず記入して下さい。  
 心電図および眼底検査は、検査値結果等が一定の条件に該当していることが前提となります。  
 ※後期高齢者として実施した場合は「広域連合」にチェックを入れてください。
- ③ 心電図検査－判定**  
 該当する項目にチェックを入れてください。
- ④ 心電図検査－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4つまで選択し記入してください。
- ⑤ 眼底検査－実施理由**  
 特定健診の詳細健診として実施した場合は、必ず「今回実施する理由」を記入してください。  
 (検査結果／質問票／診察 から1つ選んでチェックを入れてください)  
 また、平成30年度より「報告区分」が追加になりましたので必ず記入して下さい。  
 心電図および眼底検査は、検査値結果等が一定の条件に該当していることが前提となります。
- ⑥ 眼底検査－判定**  
 該当する項目にチェックを入れてください。
- ⑦ 眼底検査－KW・シェイ・スコット分類**  
 該当する項目にチェックを入れてください。
- ⑧ 眼底検査－他の所見**  
 「その他の所見」がある場合は、《コード一覧》より4つまで選択し記入してください。
- ⑨ 血清クレアチニン**  
 社会保険、その他の国保の特定健診の詳細健診として実施した場合は必ず「今回実施する理由」を記入してください。又、報告区分の「検査結果による対象者」か「詳細健診以外で実施」のどちらかにもチェックを入れてください。

※ **① ② ⑤ ⑨** について  
 特定健診詳細健診として実施した場合①は実施理由、②⑤⑨は実施理由と報告区分がないと、請求対象になりません。ご注意ください。

※ 心電図や眼底検査の判定や所見が健診当日に確定しない場合は、空欄のまま提出してください。後日、ヘルスケアセンターに判定と結果を報告してください。(電話または所見用紙等にて)

## 検査依頼書(A)

①

検査の追加がある場合は別途、医師会検査センターの「総合依頼書」にてご依頼下さい

(院内システム等へ結果取り込みが必要な場合は、キーコードを必ずご記入ください)

②(カルテNo)

③(患者ID)

※依頼チェックについて

特定健診基本セットには、血糖・HbA1c・血液一般の項目が入っているセットもあります。貧血や血糖検査の欄にチェックが無い場合、特定健診基本セットを優先して貧血や血糖の検査は実施させていただきます。尚、特定健診基本セットから削除される場合は、その旨備考欄にご記入下さい。

(提出材料チェック欄)

生化 末梢 糖 尿 便 その他

④

(備考欄)

⑤

受領印

## 記入方法

### ① 追加項目

平成30年4月より特定健診項目以外の検査追加を希望される場合は、**医師会ヘルスケアセンターの総合依頼書**で追加依頼をお願いします。

### ② カルテNo ③ 患者ID

院内システム等へ特定健診結果データを取り込まれる場合のみ、そのキーコードを②又は③に記入してください。

### ④ 提出材料チェック欄

提出される採血容器のチェック欄です。検査センター営業担当者が確認いたします。  
生化容器・末梢容器・血糖容器・HbA1c容器・尿容器・便容器・その他の提出される容器の本数をそれぞれ記入してください。

### ⑤ 備考欄

結果報告要望のご指示等について検査センターへの連絡事項等を記入してください。

### 【ご注意】

検体依頼書には「特定健診基本セットから削除される場合は、その旨備考欄にご記入下さい」と記載してありますが、健診結果および請求データを生成するためには、全項目の検体データが必要になります。一部の検体データを紙ベースで処理することはできませんので、特定健診基本セットから削除されないようお願いいたします。

(1) 書き方

黒鉛筆で枠内にはっきりとていねいに記入してください。

※ 記載内容が確定できない場合は電話等による問い合わせを行ったり、  
診査票を医療機関に返却し、再度提出してもらう場合があります。

(診査票番号で管理していますので、返却された診査票を訂正し、再送付してください)

(2) 訂正方法

消しゴムで消してください。

どうしても消えないときは二重線で訂正し、訂正する項目の近くに記入してください。

修正テープや修正液は絶対に使用しないでください。

診査票は3枚複写形式になっておりますので、訂正がある場合は3枚とも修正して下さい。

- ・1枚目…医師会へ提出用
  - ・2枚目…医療機関控え
  - ・3枚目…検査センターへ提出用
- 特に1枚目と3枚目でチェック箇所が相違がございますと、検査費用の請求に関係してきますので、十分にご注意下さい。

鉛筆で記入した後、一枚目だけ消しゴムで消して、3枚目に検査依頼のチェックが記入されたままというケースが多く発生しております。この場合、本来検査が不要であるのに、費用だけ請求されてしまいますので、訂正の際はご注意ください。

(3) 診査票の取扱いについて

・診査票の保管はA3の状態(折り曲げない)でお願いします。長期間にわたって折り目がつきますとOCRで読み込む際にエラーを起こす可能性があります。

・診査票を医師会へ送付する際もA3の状態(折り曲げない)でお送りください。

(どうしても折り曲げる必要がある場合は、用紙の中央にある折り目用のミシン目にそって折ってください。それ以上に小さく折り曲げることは絶対にしないでください。またミシン目にそって切り離してはいけません。)

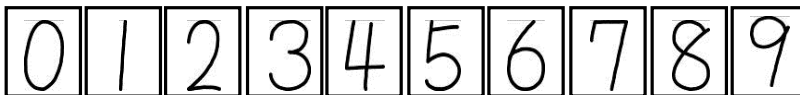
・診査票はOCRで読み込みますので、汚さないようにしてください。

・医師会へ送付する際には必ず1枚目(提出用)をお送り下さい。(コピー不可)

・診査票は3枚で1セット(医師会提出/医療機関控え/検体依頼)になっています。  
必ず、1セットを1受診者として記入してください。

(4) 記入例

[良い例]



[悪い例]





特定健康診査質問票

★特定健康診査質問票(2018年度改訂版)

Form with fields for 健診実施日, フリガナ, 氏名, 性別, 生年月日, 大正, 昭和, 平成, 年, 月, 日 (歳).

Main questionnaire form with 22 numbered items (1-22) regarding medical history, diet, and lifestyle.

※健診実施医療機関で受診者に記入していただく質問票です。
※この質問票の内容を、医療機関にて特定健康診査票に転記してください。
※この質問票は、医療機関にて保管してください。

Table for family history (家族歴) with columns for code, name, and sex. Includes items like 101 高血圧, 102 脳出血, etc.

Table for past medical history (既往歴) with columns for code, name, and date. Includes items like 201 脳卒中, 202 脳出血, etc.

Table for self-reported symptoms (自覚症状) with columns for code, name, and date. Includes items like 301 胸部圧迫感, 302 動悸や心臓の激しい鼓動, etc.

特定健康診査票 コード一覧

特定健康診査票 コード一覧①

Table 1: Family history codes (家族歴) including 101 高血圧, 102 脳出血, 103 脳梗塞, etc.

Table 2: Past medical history codes (既往歴) including 201 脳卒中, 202 脳出血, 203 脳梗塞, etc.

Table 3: Self-reported symptoms codes (自覚症状) including 301 胸部圧迫感, 302 動悸や心臓の激しい鼓動, etc.

Table 4: Self-reported symptoms codes (自覚症状) including 401 眼瞼結膜黄白(+), 402 浮腫: 眼瞼(+), etc.

Table 5: Eye examination codes (眼底検査) including 010 乳頭所見あり, 020 黄斑部所見あり, etc.

特定健康診査票 コード一覧②

Table 6: ECG examination codes (心電図検査所見) including 001 1-1 異常な波, 002 1-2 境界域の波, etc.

Table 7: Heart examination codes (心音図所見) including 005 2-1-1 左軸偏位, 006 2-1-2 左軸偏位, etc.

※診査票のコード記入欄に該当するコードを記入してください。
※各質問のなかで同一コードを重複記入しないでください。
※各質問に対応したコードを記入します。
※コード記入欄の桁数に合わせて記入します(頭の0も省略しないでください)。

注) 主要所見に該当する3桁のコードを記載しています。個々の3桁コード分類基準は心電計の解説書等参照して下さい。

※本票は健診実施医療機関にて受診者に記入していただくためのものです。

※本票の内容を、医療機関にて特定健康診査票に転記してください。

(該当するコードを記入してください)

※本票は、医療機関にて保管してください。

※本票を使用せず、受診者に問診等の聞き取りを行い、直接診査票に記入してもかまいません。

- ① 特定健康診査の標準的な質問です。  
該当するところ(・はい ・いいえ ・その他該当する項目)に1つだけ○をつけてください。
- ② 家族歴です。  
あてはまる病名に○をつけ、続柄の番号を記入してください。(複数可)
- ③ 既往歴です。  
これまでに治療をしたことのある病名に○をつけ、経過の番号を記入してください。(複数可)
- ④ 自覚症状です。  
あてはまる症状に○をつけてください。(複数可)

### 3-2-2. 特定健康診査コード一覧

※本票の当該コードを診査票のコード記入欄に記入してください。

※各質問に対応したコードを記入します

(たとえば、家族歴のコード欄に既往歴のコードを記入したりしないでください。  
エラーになります。)

※コード記入欄の桁数に合わせて記入します(頭の0も省略しないでください)。

※該当するコードがない場合は、未記入にしてください。

- ① 家族歴と続柄のコードです。  
[家族歴あり]の場合は、必ずコード欄に記入にしてください。
- ② 既往歴と経過のコードです。  
[既往歴あり]の場合は、必ずコード欄に記入にしてください。
- ③ 自覚症状のコードです。  
[自覚症状あり]の場合は、必ずコード欄に記入にしてください。
- ④ 他覚症状のコードです。  
[他覚症状あり]の場合は、必ずコード欄に記入にしてください。
- ⑤ 眼底検査でのその他の所見コードです。
- ⑥ 心電図検査の所見コードです。
- ⑦ 心電図検査の所見コードの詳細な内容です。



特定健康診査 受診結果通知票

特定健康診査受診結果通知票

受診日	管理番号	ID	診査票番号
氏名	性別	年齢	受診券整理番号
医療機関名称			本人受診区分
医療機関住所			保険証番号
			保険者番号

家族歴	
既往歴	
服薬歴	喫煙(習慣) いいえ
自覚症状	肩こり・腰痛
他覚症状	

項目	基準値	今回	前回	前々回
身長 (cm)	~			
体重 (kg)	~			
BMI	18.5 ~ 24.9			
収縮期血圧 (mmHg)	~ 129			
拡張期血圧 (mmHg)	~ 84			
中性脂肪 (mg/dl)	30 ~ 149			
HDL-C (mg/dl)	40 ~			
LDL-C (mg/dl)	60 ~ 119			
GOT (IU/l)	10 ~ 30			
GPT (IU/l)	5 ~ 30			
γ-GTP (IU/l)	0 ~ 50			
空腹時血糖 (mg/dl)	70 ~ 99			
HbA1c (NGSP) (%)	4.3 ~ 5.5			
HbA1c (JDS) (%)	4.0 ~ 5.1			
糖	(-)			
蛋白	(-)			
潜血	(-)			
血清クレアチニン (mg/dl)	0.60 ~ 1.29			
推算糸球体濾過量 (eGFR)	60 ~			
血清尿酸 (mg/dl)	0.0 ~ 6.9			

※推算糸球体濾過量 (eGFR) は、どれくらい腎臓に老廃物を尿へ排泄する能力があるかを示しており、この値が低いほど腎臓の機能が悪いということになります。(血清クレアチニン測定時のみ表示)

1. 腹黒(血圧)	[いいえ]	9. 20歳からの体重変化	[いいえ]	17. 歯習慣	[いいえ]
2. 腹黒(血糖)	[いいえ]	10. 30分以上の運動習慣	[はい]	18. 飲酒頻度	[ほとんど飲まない]
3. 腹黒(脂質)	[いいえ]	11. 歩行又は歩数	[はい]	19. 飲酒量	[1合未満]
4. 既往歴(脳血管)	[いいえ]	12. 歩行速度	[はい]	20. 睡眠	[はい]
5. 既往歴(心血管)	[いいえ]	13. 1年間の体重変化	[はい]	21. 生活習慣の改善	[するつもりはない]
6. 既往歴(腎不全・人工透析)	[いいえ]	14. 食べ方(早食い等)	[ふつう]	22. 保健指導の希望	[いいえ]
7. 貧血	[いいえ]	15. 食べ方(献費前)	[いいえ]		
8. 喫煙(習慣)	[いいえ]	16. 食べ方(食事・間食)	[いいえ]		

項目	基準値	今回	前回	前々回
赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )	410 ~ 530			
血色素量 (g/dl)	13.1 ~			
ヘマトクリット値 (%)	39.0 ~ 52.0			
心電図検査	所見なし	所見なし	所見なし	
眼底検査	KW分類			
	シェイエ分			
	スコット分			
所見				

その他の検査	
メタボリックシンドローム判定	非該当
特定保健指導判定	非該当

【医師の判断】  
 《詳細な健診》  
 (総合判定)  
 《要指導》 医師等の指示のもとで適切な日常生活上の指導を受けることをお勧めします。  
 《項目別判定》  
 【◆貧血判定】 医師等の指示のもとで適切な指導を受けることをお勧めします。  
 【◆尿蛋白判定】 わずかな異常を認めますが、日常生活にさしつかえありません。  
 【◆尿潜血判定】 わずかな異常を認めますが、日常生活にさしつかえありません。  
 (受診勧奨) … 該当する項目については医療機関にて精密検査や治療等を受けることを勧めます  
 血圧  脂質  血糖  肝機能  腎機能  痛風  貧血  心電図  眼底  その他 ( )  
 医師名

※平成25年度よりHbA1cの判定は国際標準(NGSP)値でおこないます。平成24年度まではHbA1cの判定はJDS値でおこないます。  
 ※この報告書に記載された個人情報は、健康診断業務に必要な範囲内でのみ利用いたします※

## 特定健康診査 受診結果通知票

## ① 受診者情報

診査票に記載された受診者情報を出力しています。  
受診番号とIDは医師会の健診システムで管理するための情報です。

## [保険証記号番号]

熊本市国保の保険証には \*\*\*\*-\*\*\*\* と記載されています。診査票には、記号\*\*\*\* 番号\*\*\*\* と分けて記入しますが、受診結果通知票では番号\*\*\*\*\* として表示されます。

## ② 家族歴／既往歴／服薬歴／喫煙歴／自覚症状／他覚症状

診査票に記載された情報を出力しています。

## ③ 検査結果(基本項目／追加項目)

厚労省で示された基準値と従来の基本健康診査の基準値を使用しています。  
この基準値を用いて自動判定を行います。

## ④ 問診

診査票に記載された情報を出力しています。

## ⑤ 検査結果(詳細項目)

厚労省で示された基準値と従来の基本健康診査の基準値を使用しています。  
この基準値を用いて自動判定を行います。

## ⑥ メタボリックシンドローム判定／保健指導判定

厚労省で示された基準値を用いて自動判定を行います。

## ⑦ 医師の判断

## ※ 詳細な健診

診査票に記載された実施理由を出力しています。

## ※ 総合判定

項目別判定(③)の中で最も重い(悪い)判定を出力しています。

## ※ 項目別判定

項目毎の判定を出力しています。基準値から外れた検査値があれば、要指導としています。

## ※ 受診勧奨

該当する項目があればチェックを入れて下さい。

## ※ 医師の氏名

医療機関毎に登録された医師名が出力されます。(代表医師名となります)

## ※ 本票は受診者ごとに2部ずつ送付します。

1部は医療機関控えとして、1部は受診者用としてご使用ください。

ヘルスケアリーフレット
表

テーマ

## 腹囲や内臓脂肪が気になる方へ

「腹のサイズが大きくなった」「ベルトの穴の位置が外側へずれてきた」と感じることはありませんか？ 年齢とともに、お腹や二の腕のたるみなど、気になっている方が多いのではないのでしょうか。このたっぷりついてしまった「脂肪」について考えてみましょう。

**「腹囲」で何が分かるの？**

腹囲の測定はメタボリックシンドローム（内臓脂肪蓄積によって起こる高血糖や脂質代謝異常、高血圧など動脈硬化の危険因子が重複した状態）の判定の必須条件になります。基準は日本人男性で腹囲85cm、女性で90cmを超えると内臓脂肪が蓄積されていると考えられます。

**体内の「脂肪」の役割と種類**

**役割** ● エネルギーを貯める倉庫 ● 防寒 ● 骨や内臓などの保護 など

**種類** ● 体内の脂肪は、皮下脂肪と内臓脂肪の2つに分けることができます。

皮下脂肪

皮膚と筋肉の間に蓄えられ、溜め込みにくく減らしにくい脂肪です。指でつまむことができます。

内臓脂肪

胃腸や肝臓の周囲に蓄えられ、溜め込みやすく減らしやすい脂肪です。指でつまむことはできません。

両方とも「脂肪」には変わりありませんが、より生活習慣病に影響するのは「内臓脂肪」です。

**脂肪細胞の動き**

脂肪細胞から出される物質には、生活習慣病へ影響するものが含まれています。この物質は皮下脂肪よりも、内臓脂肪の蓄積が大きく関係しています。

不規則な生活習慣

過食
運動不足
ストレス

↓

内臓脂肪の蓄積 <腹囲: 男性 85cm以上 女性 90cm以上>

血中中性脂肪↑  
HDLコレステロール↓  
脂質異常

インスリンの働きが悪くなる  
高血糖

血管を収縮  
血圧↑  
高血圧

血栓を作りやすくなる

↓

動脈硬化

↓

糖尿病合併症・脳卒中・心疾患

良い効果を持つ物質の分泌低下

- ・インスリンの働きを良くする
- ・血圧↓
- ・中性脂肪値↓

遺伝 ← 不規則な生活習慣


↑ 動脈硬化 →

裏

**アドバイス**

内臓脂肪を減らすためには、合わせて効果UP!

① 気をつけるのは**食べる量と回数**です。野菜、きのこ、海藻のおかずはたっぷりと。はなく、3食に分けて




② **適度な運動**を心がけましょう。エクササイズ、サイクリングなど。1回15~30分、2日制で運動を! 出ない程度に進めていくことが大切です。ことから始めましょう!

③ 痛みを覚えた時には運動を中止しましょう。

④ 飲み量が進みがちになります。ビールは1杯、焼酎お湯割りであればグラス1杯です。きのこなどを使った低エネルギーのサラダなどがオススメです。

⑤ 喫煙者が多いといわれています。禁煙することをお勧めします。禁煙クリニックにて相談してみま



腹囲を減らして、生活習慣病を予防しよう!

監修: 独立行政法人 国立健康・栄養研究所 国際産学連携センター、健康増進プログラム 制作: 日本事務器株式会社 \*本資料の著作権は左記に属します。無断転載等を禁じます。2008年制作

※受診者毎に、このようなリーフレットを出力します。

健診結果および問診内容の組み合わせから受診者に必要と思われる情報提供リーフレットを自動的に抽出します。

※なお、このリーフレットは、「独立法人 国立健康・栄養研究所」の監修によるものです。

著作権は上記に属しますので、無断転載等は禁じられています。

### 3-5. 基準値と自動判定について①

#### 判定基準値

	分類	異常なし 正常参考値	軽度異常	要指導		要医療		根拠
				保健指導判定値	受診勧奨判定値			
BMI	判定区分(コード)	1	2(21)	4(41)	4(42)	5(51)	5(52)	
◎ BMI		18.5~24.9		25~	~18.4			特定健康診査
⊙ 血圧	収縮期血圧	~129		130~139		140~		特定健康診査
	拡張期血圧	~84		85~89		90~		特定健康診査
⊙ 脂質	中性脂肪	30~149		150~299	~29	300~		特定健康診査(下限は検査センター)
	HDL-コレステロール	40~		35~39		~34		特定健康診査
	LDL-コレステロール	60~119		120~139	~59	140~		特定健康診査(下限は検査センター)
⊙ 肝機能	GOT	10~30		31~50	~9	51~		特定健康診査(下限は検査センター)
	GPT	5~30		31~50	~4	51~		特定健康診査(下限は検査センター)
	γ-GTP	0~50		51~100		101~		特定健康診査
⊙ 血糖	空腹時血糖	70~99		100~125	~69	126~		特定健康診査(下限は検査センター)
	● 随時血糖							
	⊙ ヘモグロビンA1c(NGSP)	4.3~5.5		5.6~6.4		6.5~		特定健康診査(下限は検査センター)
⊙ 検尿	尿糖	(-)	(±)	(+)		(2+)~		
	尿蛋白	(-)	(±)	(+)		(2+)~		
	尿潜血	(-)	(±)	(+)		(2+)~		
◇ 腎機能	血清クレアチニン	男 0.60~1.29 女 0.60~1.19		1.30~1.99	~0.59	2.00~		市国保(CKD診療ガイド)
	eGFR(推算糸球体ろ過量)	60以上~		50以上~60未満	~0.59	2.00~		市国保(CKD診療ガイド)
◇ 痛風	血清尿酸	0~6.9		7.0~		~50未満		市国保(CKDリーフレット)
○ 貧血	赤血球数	男 410~530 女 380~480		531~	~409	8.0~		市国保(痛風、核酸代謝学会)
		男 13.1~ 女 12.1~		481~	~379			基本健康診査
○ ヘマトクリット値	血色素量	男 39.0~52.0 女 35.0~48.0		52.1~	~38.9			基本健康診査
				48.1~	~34.9			基本健康診査

### 3-5. 基準値と自動判定について②

#### 判定文章

判定コード	区分	判定略文章	判定文章
1	1	異常なし	〈異常なし〉 今回の検査では異常を認めません。
21/22	2	軽度異常	〈軽度異常〉 わずかな異常を認めますが、日常生活にさしかえありません。
31/32	3	経過観察	〈経過観察〉 経過の観察を必要とします。
41/42	4	要指導	〈要指導〉 医師等の指示のもとで適切な指導を受けることをお勧めします。
51/52	5	要医療	〈要医療・受診勧奨〉 医療機関において精密検査あるいは治療等を受けることをお勧めします。
6	6	治療中	〈治療中〉 治療をつづけてください。

※心電図・眼底検査については、診査票に記載された判定になります  
 ※検査値が要指導値以上については、すべて区分4 [要指導] とする自動判定をおこないません  
 ※区分5 [要医療] は、医師の判断で決定します

#### 項目別判定について

判定名	対象となる項目（この項目の中で、もっとも悪い値をもとに判定する）
BMI判定	BMI
血圧判定	収縮期血圧・拡張期血圧
脂質判定	中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール
肝機能判定	GOT・GPT・γ-GTP
血糖判定	空腹時血糖・ヘモグロビンA1c
尿糖判定	尿糖
尿蛋白判定	尿蛋白
尿潜血判定	尿潜血
クレアチニン判定	血清クレアチニン
尿酸判定	血清尿酸
貧血判定	赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値
心電図判定	心電図
眼底判定	眼底

---

---

**熊本市医師会ヘルスケアセンター**

特定健診作業室	TEL 096-375-0522	FAX 096-375-0522
代表	TEL 096-366-2711	FAX 096-366-2750

---

---

---

**熊本市医師会検査センター**

TEL 096-372-6767	FAX 096-372-6788
------------------	------------------

---

**熊本市医師会事務局**

TEL 096-362-1221	FAX 096-366-3628
------------------	------------------

---

**熊本県医師会事務局**

TEL 096-354-3838	FAX 096-322-6429
------------------	------------------

---

**熊本市役所国民健康保険課**

TEL 096-328-2264	FAX 096-324-0004
------------------	------------------

---

**熊本県国民健康保団体連合会**

TEL 096-365-0811	FAX 096-365-4188
------------------	------------------

---

**熊本県後期高齢者医療広域連合**

TEL 096-368-6511	FAX 096-368-6577
------------------	------------------

---

**熊本県社会保険診療報酬支払基金**

TEL 096-364-0105	FAX 096-364-9685
------------------	------------------

---



■家族歴

コード	所見	コード	所見	コード	所見
101	高血圧	106	肝臓病	111	子宮癌
102	脳出血	107	胃癌	112	その他の癌
103	脳梗塞	108	肺癌	199	その他の顕著な家族歴あり
104	心臓病	109	大腸癌		
105	糖尿病	110	乳癌		

続柄（この情報は結果通知票には記載されません）

1	実父	4	兄弟姉妹	9	その他
2	実母	5	子供		
3	実祖父母	6	実父母		

■既往歴

201	脳卒中	209	その他の心疾患	217	高尿酸血症
202	脳出血（脳卒中）	210	慢性的な腎不全	218	腎不全以外の腎疾患
203	脳梗塞（脳卒中）	211	人工透析	219	糖尿病
204	その他の脳血管疾患	212	貧血	220	肝臓病
205	狭心症	213	高血圧	221	胃・十二指腸潰瘍
206	心筋梗塞	214	低血圧	222	うつ
207	心不全	215	不整脈	223	骨粗鬆症
208	虚血性心疾患	216	高脂質血症	299	その他の顕著な既往歴あり

経過（この情報は結果通知票には記載されません）

1	経過観察中	4	治療した	9	その他
2	治療中	5	手術した		
3	治療中断	6	放置		

■自覚症状

301	胸部圧迫感	306	手足のしびれ感	311	下痢
302	心悸亢進・動悸	307	目眩・立眩み	312	便秘
303	息切れ	308	頭痛・耳鳴り	313	下痢と便秘
304	不眠	309	いつも調子が悪い	314	痔の傾向
305	肩こり・腰痛	310	腹が張っている	399	その他の顕著な自覚症状あり

■他覚症状

401	眼瞼結膜蒼白（+）	404	浮腫：下腿（+）	499	その他の顕著な他覚症状あり
402	浮腫：眼瞼（+）	405	心音不純		
403	肝臓肥大（+）	406	不整脈あり		

■眼底検査（その他の所見）

010	乳頭所見あり	100	ドルーゼン	190	視神経萎縮
020	黄斑部所見あり	110	コーヌス	200	白線化
030	豹紋状眼底	120	動脈反射亢進	210	緑内障
040	動静脈交叉現象	130	黄斑変性	220	白内障
050	硬性白斑	140	出血	230	色素班
060	軟性白斑	150	動脈蛇行	240	新生血管
070	静脈拡張	160	静脈蛇行	250	その他の所見
080	動脈狭細化	170	動脈口径不同	999	判定不能
090	視神経乳頭部陥没大	180	毛細血管瘤		

※診査票のコード記入欄に該当するコードを記入してください。

※各質問のなかで同一コードを重複記入しないでください。

（同一コードが記入されていますとエラーになります。）

※各質問に対応したコードを記入します

（たとえば、家族歴のコード欄に既往歴のコードを記入しないでください。エラーになります。）

※コード記入欄の桁数に合わせて記入します（頭の0も省略しないでください）。

※該当するコードがない場合は、未記入でかまいません。

## ■心電図検査所見

2017年12月更新

※診査票のコード記入欄に該当するコード（001～999）を記入してください。

コード	所見	コード	所見	コード	所見
001	異常Q波	032	PR延長	063	房室解離
002	境界域Q波	033	房室ブロックⅠ度	064	高度な頻脈
003	R波の増高不良	034	WPW症候群	065	頻脈
004	境界域Q波	035	WPW症候群の疑い	066	洞頻脈
005	左軸偏位	036	PR短縮	067	高度な徐脈
006	左軸偏位	037	人口ペースメーカー調律	068	徐脈
007	軽度な左軸偏位	038	完全左脚ブロック	069	洞徐脈
008	高度な右軸偏位	039	完全右脚ブロック	070	洞不整脈
009	右軸偏位	040	不完全右脚ブロック	071	洞房ブロック
010	S1、S2、S3パターン	041	心室内ブロック	072	補充収縮
011	高電位	042	RSR'パターン	073	確定できない不整脈
012	右室肥大	043	上室期外収縮	074	低電位差（四肢誘導）
013	左室肥大の疑い	044	心室期外収縮	075	低電位差（胸部誘導）
014	ST-T異常	045	上室三段脈	076	ST上昇
015	軽度ST-T異常	046	心室三段脈	077	ST上昇
016	ST低下	047	上室二段脈	078	軽度ST上昇
017	軽度ST-T異常の疑い	048	心室二段脈	079	右房拡大
018	軽度ST-T異常の疑い	049	上室期外収縮（頻発）	080	左房拡大
019	軽度ST-T異常の疑い	050	心室期外収縮（頻発）	081	反時計回転
020	軽度ST-T異常の疑い	051	心室頻拍	082	時計回転
021	ST-T異常	052	心室期外収縮ショートラン	083	高いT波
022	陰性T	053	心室期外収縮二連発	084	右胸心
023	陰性T	054	心房粗動	085	電極付け間違い
024	平低T	055	心房細動	086	QT延長
025	平低T	056	上室頻拍	087	QT短縮
026	平低T	057	上室期外収縮ショートラン	088	軽度なQT延長
027	陽性T(V1)	058	上室期外収縮二連発	089	記録不良
028	完全房室ブロック	059	心室調律	090	記録不良
029	房室ブロックⅡ度(モビッツ)	060	房室接合部調律	091	記録不良
030	房室ブロックⅡ度(2:1)	061	左房調律の疑い	901	左室肥大
031	房室ブロックⅡ度(ウヰンゲパツ)	062	房室接合部調律	999	その他の所見

## 心電図所見（詳細）

005	左軸偏位	左軸偏位 $-60^\circ \geq \text{軸} > -90^\circ$
006	左軸偏位	左軸偏位 $-30^\circ \geq \text{軸} > -60^\circ$
017	軽度ST-T異常の疑い	$ST1 \leq -0.01\text{mV} \ \& \ (ST2-ST1) \leq -0.01\text{mV} \ \& \ T1 \leq -0.05\text{mV}$
018	軽度ST-T異常の疑い	$ST1 \leq -0.03\text{mV} \ \& \ (ST2-ST1) \leq -0.01\text{mV} \ \& \ T1 \leq -0.05\text{mV}$
019	軽度ST-T異常の疑い	$ST1 \leq -0.2\text{mV}$
020	軽度ST-T異常の疑い	$ST1 \leq -0.03\text{mV} \ \& \ (ST2-ST1) \leq 0.02\text{mV}$
022	陰性T	$T-a \leq -0.2\text{mV} \ \& \ T-a \leq STj$
023	陰性T	$T-a \leq -0.1\text{mV} \ \& \ T-a \leq STj$
024	平低T	T波が平低、陰性または2相性でT波陰性相 $< 0.1\text{mV}$
025	平低T	T波が陽性でT/R振幅比 $< 1/20$ 、かつRの高さ $\geq 1.0\text{mV}$
026	平低T	T波が陽性でT/R振幅比 $< 1/10$ 、かつRの高さ $\geq 1.0\text{mV}$
076	ST上昇	ST部上昇 $\geq 0.1\text{mV}$
077	ST上昇	$ST1 \ \& \ ST2 \geq 0.4\text{mV}$ で $STj \times 2 > ST3$
089	記録不良	電極はずれ／オーバーレンジ／低電位差がある
090	記録不良	QRS、T波内にドリフトがある   $QB-TE$   $\geq 1.5\text{mV}$
091	記録不良	スパイク状ノイズをQRS波としている QRS幅 $\leq 50\text{ms}$

注）主な所見に該当するコードを記載しています。個々の分類基準は心電計の解説書等を参照して下さい。

## ★特定健康診査質問票(2018年度改訂版)

健診実施日	(西暦) 20 年 月 日	健診実施 医療機関名				
フリガナ						
氏名		性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 ( 歳)

次の質問にお答えください。

それぞれの質問について、あてはまる所(・はい ・いいえ ・その他該当する所)に1つだけ○をつけてください。

現在、血圧を下げる薬を使用している。	・はい	・いいえ	1	
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。	・はい	・いいえ	2	
現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している。	・はい	・いいえ	3	
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。	・はい	・いいえ	4	
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。	・はい	・いいえ	5	
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)を受けている。	・はい	・いいえ	6	
医師から、貧血といわれたことがある。	・はい	・いいえ	7	
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	・はい	・いいえ	8	
20歳の時の体重から10kg以上増加している。	・はい	・いいえ	9	
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。	・はい	・いいえ	10	
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。	・はい	・いいえ	11	
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	・はい	・いいえ	12	
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。 ・何でもかんで食べることができる ・ほとんどかめない ・歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある			13	
人と比較して食べる速度が速い。	・速い	・ふつう	・遅い	14
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。	・はい	・いいえ	15	
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。	・毎日	・時々	・ほとんど摂取しない	16
朝食を抜くことが週に3回以上ある。	・はい	・いいえ	17	
お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	・毎日	・時々	・ほとんど飲まない(飲めない)	18
飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安: ビール 500ml、焼酎(25度)110ml ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	・(1合)未満(飲めない場合も含む)	・(1~2合)未満	・(2~3合)未満	19
・(3合)以上				
睡眠で休養が十分とれている。	・はい	・いいえ	20	
運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。 ・改善するつもりはない ・改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) ・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 ・既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ・既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)			21	
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。	・はい	・いいえ	22	

※健診実施医療機関で受診者に記入していただく質問票です。

※この質問票の内容を、医療機関にて特定健康診査票に転記してください。

※この質問票は、医療機関にて保管してください。

家族歴について伺います。

あてはまる病名に○をつけ、続柄の番号を記入してください。（複数可）

コード	病名	続柄	コード	病名	続柄	コード	病名	続柄
101	高血圧		106	肝臓病		111	子宮癌	
102	脳出血		107	胃癌		112	その他の癌	
103	脳梗塞		108	肺癌		199	その他の顕著な家族歴あり	
104	心臓病		109	大腸癌				
105	糖尿病		110	乳癌				

※続柄 実父→1 実母→2 実祖父母→3 兄弟姉妹→4 子供→5 実父母→6 その他→9

既往歴について伺います。

これまでに治療をしたことのある病名に○をつけ、経過の番号を記入してください。（複数可）

コード	病名	経過	コード	病名	経過	コード	病名	経過
201	脳卒中		211	人工透析		221	胃・十二指腸潰瘍	
202	脳出血（脳卒中）		212	貧血		222	うつ	
203	脳梗塞（脳卒中）		213	高血圧		223	骨粗鬆症	
204	その他の脳血管疾患		214	低血圧		299	その他の顕著な既往歴あり	
205	狭心症		215	不整脈				
206	心筋梗塞		216	高脂質血症				
207	心不全		217	高尿酸血症				
208	虚血性心疾患		218	腎不全以外の腎疾患				
209	その他の心疾患		219	糖尿病				
210	慢性的な腎不全		220	肝臓病				

※経過 経過観察中→1 治療中→2 治療中断→3 治療した→4 手術した→5 放置→6 その他→9

自覚症状について伺います。

あてはまる症状に○をつけてください。（複数可）

コード	症状	コード	症状	コード	症状
301	胸部圧迫感	306	手足のしびれ感	311	下痢
302	動悸や心臓の激しい鼓動	307	めまい・立ちくらみ	312	便秘
303	息切れ	308	頭痛・耳鳴り	313	下痢と便秘
304	不眠	309	いつも調子が悪い	314	痔の傾向
305	肩こり・腰痛	310	おなかが張っている	399	その他の顕著な自覚症状あり