

2020年3月
No.20-027a(全)

「特定健康診査等 入力票」 の様式変更について

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。
平素は格別のお引き立てをいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、後期高齢者医療制度の健診における質問票については、従来、特定健康診査(特定健診)に準じて「標準的な質問票」が活用されてきましたが、今般、フレイルなどの高齢者の特性を把握するものとしては十分なものとは言えないことから、「後期高齢者の質問票」が策定されましたので対応することといたしました。

なお、弊社では従来、「標準的な質問票」は、国に報告が必須な10項目で構成していましたが、特定健診の実施保険者からの要望も踏まえ、この機会に全22項目に変更させていただくことといたしますので、何卒宜しくお願ひ申し上げます。

敬具

記

■変更様式

●21 特定健康診査等 入力票①

- ※ 変更後の様式は「22 特定健康診査等 入力票」です。
- ※ 変更前後の入力票イメージは次頁以降をご確認下さい。
- ※ 北九州市国保特定健診は市専用の健診票を使用するため対象外です。

■運用開始日

●2020年4月1日受診日以降

- ※ 変更後の入力票は現在製造中ですので、入荷次第納品させていただきます。

■変更前 この様式は受診日が 2020 年 3 月 31 日までです。

21 特定健康診査等 入力票 ① (OCR用)

実施方法 1:特定健診単独実施 4:その他(国保健診、若者健診等)

健診年月日 20 年 月 日

記入
要領

数字

文字

実施箇所番号

様式

被検者
氏名
(姓)
名

性別 1:男 2:女 生年月日 1:大正 2:昭和 3:平成 月 日
年齢 歳 後期高齢者医療制度被保険者 1:はい 2:いいえ

質問票	服薬	既往歴	その他	その他既往歴
I-3a. 血圧	<input type="checkbox"/>	4. 脳血管 <input type="checkbox"/>	8. 喫煙歴 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I-3b. 血糖	<input type="checkbox"/> 1:あり <input type="checkbox"/> 2:なし	5. 心疾患 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ	18. 飲酒 <input type="checkbox"/> 1:毎日 <input type="checkbox"/> 2:時々 <input type="checkbox"/> 3:ほとんど飲まない	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I-3c. 脂質	<input type="checkbox"/>	6. 腎不全・人工透析 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ	22. 保健指導の希望 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	7. 貧血 <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

身体計測	身長 <input type="checkbox"/> cm	腰囲 <input type="checkbox"/> cm	収縮時血圧 <input type="checkbox"/> mmHg	測定方法	糖 <input type="checkbox"/> 1: - <input type="checkbox"/> 2: ±
	体重 <input type="checkbox"/> kg	腰囲測定法	拡張時血圧 <input type="checkbox"/> mmHg	1: 1回目 <input type="checkbox"/> 2: 2回目 <input type="checkbox"/> 3: (平均値等)	蛋白 <input type="checkbox"/> 3: I + <input type="checkbox"/> 4: II + <input type="checkbox"/> 5: III +
採血時間	1:空腹時(食後10時間以上) 2:随時(食後3.5以上10時間未満) 3:食直後(食後3.5時間未満)	贫血 実施理由 <input type="checkbox"/> 1:基準該当 <input type="checkbox"/> 2:医師の判断	クレアチニン 実施理由 <input type="checkbox"/> 1:基準該当 <input type="checkbox"/> 2:医師の判断	尿検査 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 1:生理中 <input type="checkbox"/> 2:排尿障害	

心電図	実施理由 <input type="checkbox"/> 1:基準該当 <input type="checkbox"/> 2:医師の判断(不整脈等)	異常所見 <input type="checkbox"/> 1:あり <input type="checkbox"/> 2:なし	判定区分 <input type="checkbox"/> 1:軽度異常 <input type="checkbox"/> 2:異常 <input type="checkbox"/> 3:要観察 <input type="checkbox"/> 4:要精密検査	具体的な所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
眼底	実施理由 <input type="checkbox"/> 1:基準該当 <input type="checkbox"/> 2:医師の判断	シェイエ分類S <input type="checkbox"/> 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4	SCOTT分類 <input type="checkbox"/> 1: Ia 2: Ib 3: II 4: IIIa 5: IIIb 6: IV 7: Va 8: Vb 9: VI	
	糖尿病性網膜症	シェイエ分類H <input type="checkbox"/> 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4	Davis分類 <input type="checkbox"/> 1: 単純網膜症 <input type="checkbox"/> 2: 増殖前網膜症 <input type="checkbox"/> 3: 増殖網膜症	
	血糖異常なし <input type="checkbox"/>	キースワグナー分類 <input type="checkbox"/> 1:0 2:1 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV	その他所見 <input type="checkbox"/>	

医師の判断	<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	健診当日の特定保健指導の初回実施 <input type="checkbox"/> 1:あり 「あり」の時の分担実施の時間 <input type="checkbox"/> 分
-------	--	--

貧血実施基準 : 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

クレアチニン実施基準 : ①血圧130/85以上又は②血糖(空腹時/随時)100以上又はHbA1c5.6以上

心電図実施基準 : 血圧140/90以上又は問診等で不整脈が疑われる者

眼底実施基準 : ①血圧140/90以上又は②血糖(空腹時/随時)126以上又はHbA1c6.5以上

受診券番号	受診券有効期限	保険者番号
	20 年 月 日	
受診券・受診券番号	垂号	
被保険者証等記号		
郵便番号	住所	市・町・村

電話番号記入例:「093642*** * * *」又は「0806429*** * * *」(「-」なし)

電話番号

特定健診決済情報	窓口負担(受診券記載)	窓口負担
基本健診 <input type="checkbox"/> 1:負担なし <input type="checkbox"/> 2:定額負担 <input type="checkbox"/> 3:定率負担 <input type="checkbox"/> 4:保険者上限負担	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 円 % ⇒ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 円	
詳細健診 <input type="checkbox"/> 1:負担なし <input type="checkbox"/> 2:定額負担 <input type="checkbox"/> 3:定率負担 <input type="checkbox"/> 4:保険者上限負担	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 円 % ⇒ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 円	
追加健診 <input type="checkbox"/> 1:負担なし <input type="checkbox"/> 2:定額負担 <input type="checkbox"/> 3:定率負担 <input type="checkbox"/> 4:保険者上限負担	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 円 % ⇒ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 円	
委託料区分 <input type="checkbox"/> 1:個別健診 <input type="checkbox"/> 2:集団検診	代行補助 (提出先) <input type="checkbox"/> 1:国保連合会 <input type="checkbox"/> 2:支払基金 <input type="checkbox"/> 3:その他	窓口負担合計額 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 円

キューリング受領日 一次 / 修正① / 修正② / 最終 /

株式会社キューリング OCR(初版)

■変更後 この様式は受診日が2020年4月1日以降です。