
健康診査等マニュアル

受診票 質問票
受診券

【呉市医師会医療機関様用】

国保版・後期版（2020年度）

国保は、国民健康保険及び生活保護40～74歳

後期は、後期高齢者及び生活保護75歳以上

※今年度から後期高齢者、生活保護についても代行機関を利用します

お問合せ先：呉市医師会臨床検査センター

TEL: 0 8 2 3 - 2 5 - 7 7 5 5

呉市の健康診査内容

◆ 基本的な健診

問診	既往歴、服薬の状況、自覚症状、生活習慣等に係る調査
身体計測	身長、体重、腹囲●
B M I	算出（B M I = 体重（kg）÷身長（m）の2乗）
血圧測定	
肝機能検査	AST(GOT)、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP）
血中脂質検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール
血糖検査	空腹時血糖（食後10時間以内の場合はHbA1cを実施）
尿検査	糖、蛋白
理学的検査	視診、聴診、触診等

- 国保のみ実施する項目

◆ 詳細な健診

各検査項目の基準に該当した者で、受診者の性別・年齢等を踏まえ、詳細な検診が必要と医師が判断した場合に実施。

詳細な実施条件は後頁記入。

貧血検査	ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数の測定
心電図検査●	1 2 誘導心電図
眼底検査●	
血清クレアチニン	血清クレアチニン、eGFRによる腎機能の評価含む

- 国保のみ実施する項目

◆ 追加健診

広島県や呉市などで独自に追加する検査項目

貧血検査※	血色素量、赤血球数、ヘマトクリット値
血糖検査	HbA1c（NGSP値）、 随時血糖（基本項目で空腹時血糖を測定できない場合）
腎機能検査	血清クレアチニン※、eGFR値※、血清尿酸
尿検査	潜血、推定食塩摂取量、尿中クレアチニン、尿中ナトリウム

- ※ 貧血検査と血清クレアチニン（eGFR）は、詳細な健診として実施しない場合に追加検診として実施します。

● 受診票

受 診 票

①

問合せ番号
☐ 個別健診 ☐ 集団健診

問合せ番号ラベルを
お貼り下さい

記入上の注意
 【良い例】
☐
 【悪い例】
☒ ☒ ☒

受診日	西暦 20 年 月 日	性別
カナ氏名	カタカナでご記入ください。	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	歳
受診NO	検体依頼書と同じ受診NO	

③

身体計測	身長(cm)		小数点 第一位まで ご記入下さい
	体重(kg)		
	腹囲(cm)		
	測定	実測 ☐ 自己測定 ☐	
血圧	収縮期血圧(mmHg)		採血 空腹時(食後10時間以上) 随時(食後3.5時間~10時間) 食後3.5時間未満
	拡張期血圧(mmHg)		
	1回目	2回目	
	その他(平均値等)		

⑤

貧血	今回実施する理由 質問票(詳細)	診察(詳細)	追加項目のため
----	---------------------	--------	---------

⑥

血糖	今回実施する理由 血圧(詳細)	血糖(詳細)	追加項目のため
----	--------------------	--------	---------

⑦

心電図	今回実施する理由 不整脈(詳細)	血圧(詳細)	追加項目のため
-----	---------------------	--------	---------

所見	異常所見あり ☐ 異常所見なし ☐
判定区分	軽度異常あるも日常生活に支障なし ☐ 異常があり再検査又は経過観察 ☐ 要治療 ☐ 要精密検査 ☐
具体的な所見(所定のコードをご記入下さい)	
その他の所見(20文字以内でご記入下さい)	

④

糖	☐	☐	☐	☐	☐
蛋白	☐	☐	☐	☐	☐
潜血	☐	☐	☐	☐	☐
排尿障害のため未実施	☐	チェックをしてください(生理中も含む)			
今回実施する理由	血圧(詳細)	血糖(詳細)	追加項目のため		
キースワグナー分類	0 ☐	I ☐	IIa ☐	IIb ☐	III ☐
シェイエ分類H	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
シェイエ分類S	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Wong-Mitchell分類	所見なし ☐	軽度 ☐	中等度 ☐	重度 ☐	
SCOTT分類	Ia ☐	Ib ☐	II ☐	IIIa ☐	IIIb ☐
糖尿病性網膜症	網膜症なし ☐	単純網膜症 ☐	増殖前網膜症 ☐	増殖網膜症 ☐	
改変Davis分類	網膜症なし ☐	単純網膜症 ☐	増殖前網膜症 ☐	増殖網膜症 ☐	
その他の所見(20文字以内でご記入下さい)					

⑧

眼底検査	今回実施する理由 不整脈(詳細)	血圧(詳細)	追加項目のため
------	---------------------	--------	---------

⑨

診察	その他の既往歴 特記事項あり ☐ 特記事項なし ☐ 治療中 ☐	具体的な既往歴(所定のコードをご記入下さい)	選択欄以外の既往歴(16文字以内でご記入下さい)
	自覚症状 特記事項あり ☐ 特記事項なし ☐	所見(所定のコードをご記入下さい)	
	その他の所見(20文字以内でご記入下さい)		
	他覚症状 特記事項あり ☐ 特記事項なし ☐	所見(所定のコードをご記入下さい)	
	その他の所見(20文字以内でご記入下さい)		

⑩

判断医師名		初回面接実施 ☐
-------	--	---------------------------------

※この帳票は2枚複写です。(1枚目 貴院控え、2枚目 提出用)
 記載の際は、複写による誤読防止の為、帳票を重ねてのご記入は避けて下さい。

バーコードラベルを
お貼りください。

バーコードラベル貼付
特定健診機関番号

バーコードラベル貼付
特定健診ID

① チェック方法について

記入上の注意

【良い例】

【悪い例】

チェックは右上から左下へはみ出さずに線を引いてください。

個別健診に必ずチェックを付けて下さい。

問合せ番号 →

☒ 個別健診 ☐ 集団健診

~~問合せ番号ラベルをお貼り下さい~~

不要です
何もしないでください

~~☐ 追加項目の実施~~

~~☐ 追加項目の実施②~~

チェックは不要です

この2つには
チェックを入れないでください。

② 受診者属性欄

受診日	西暦 20 XX 年 6 月 1 日	性別
カナ氏名	ケンシン (セイ) タロウ (メイ)	☒ 男・女
生年月日	明治・大正 昭和 平成 XX 年 7 月 7 日生	45 歳
受付NO	検体依頼書と同じ受付NO	

氏名はカタカナで
ご記入ください。
(漢字やアルファ
ベットは不可です)

何も記入せず空欄のまま提出してください

③身体測定・血圧・採血欄

身体計測	身長(cm)	1	7	0	5
	体重(kg)		7	5	5
	腹囲(cm)		7	9	0
	測定	実測 ☒	自己測定 ☒		
血圧	収縮期血圧(mmHg)	1	2	0	採血
	拡張期血圧(mmHg)		8	0	
	1回目	☒	2回目	☒	
	その他(平均値等)	☒			

腹囲は【実測】【自己測定】のいずれか1つにチェックをしてください。
 なお、**後期高齢者では測定不要**です。

採血時には、【空腹時】
 【食後3.5～10時間】
 【食後3.5時間】を
 ご確認いただき、
いずれか1つに必ず
チェックをしてください。

血圧は【1回目】【2回目】【その他（平均値）】の
いずれか1つに必ずチェックをしてください。

④尿検査 記入欄

尿検査	糖	☒	☒	☒	☒	☒
	蛋白	☒	☒	☒	☒	☒
	潜血	☒	☒	☒	☒	☒
	排尿障害のため未実施	☒	チェックをしてください(生理中も含む)			

糖・蛋白・潜血の
 判定値にチェック
 してください。

- ・排尿障害のため未実施の場合は、このチェックボックスにチェックをしてください。
- ・生理中のため未実施の際も同様です。

※未実施にチェックをつけた場合、報告書の尿検査項目に「測定不能」と載ります。

⑤貧血検査 記入欄（国保のみ）

※今年度から全員に実施します

貧血	今回実施する理由	追加項目のため
	質問票（詳細） ☐	診察（詳細） ☐

2) 詳細項目に該当しない受診者様は【追加項目のため】にチェックをして全員を対象に実施してください。

1) 特定健診の詳細項目で貧血検査を実施する場合は、以下の判断基準（国基準）に該当していることを確認してください。
この条件に該当している場合は、今回の実施理由として、**【質問票】【診察】のどちらか一方にチェック**をしてください。
質問票の回答内容により実施する場合は【質問票】、診察時に検査実施を判断された場合は【診察】にチェックをしてください。

実施出来る条件（判断基準）	
詳細項目	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

⑥クレアチニン検査記入欄（国保のみ）

クレアチニン	今回実施する理由	追加項目のため
	血圧（詳細） ☐	血糖（詳細） ☐

2) 詳細項目に該当しない受診者様は【追加項目のため】にチェックをして全員を対象に実施してください。

1) 特定健診の詳細項目でクレアチニン検査を実施する場合は、以下の判断基準（国基準）に該当していることを確認してください。
この条件に該当している場合は、今回の実施理由として、**【血圧】【血糖】のどちらか一方にチェック**をしてください。

実施出来る条件（判断基準）	
詳細項目	当該年度の健診結果等において、次の基準のいずれかに該当した者 ◆血圧（以下 a、b のうちいずれか） a 収縮期130mmHg以上 b 拡張期 85mmHg以上 ◆血糖（以下 a、b、c のうちいずれか） a 空腹時血糖：100mg/dl以上 b HbA1c（NGSP）：5.6%以上 c 随時血糖：100mg/dl以上

⑤貧血検査 記入欄（後期のみ）

貧血	今回実施する理由		追加項目のため
	質問票（詳細）	診察（詳細）	

後期高齢者健診では全員に実施します。
追加項目のためにチェックをしてください

⑥クレアチニン検査記入欄（後期のみ）

クレアチニン	今回実施する理由		追加項目のため
	血圧（詳細）	血糖（詳細）	

後期高齢者健診では全員に実施します。
追加項目のためにチェックをしてください

⑦心電図検査記入欄（後期のみ）

検査不要です。何もチェックしないでください。

⑧眼底検査記入欄（後期のみ）

検査不要です。何もチェックしないでください。

⑦心電図検査記入欄（国保のみ）

（１）実施理由記入欄

今回実施する理由

不整脈（詳細） ☒	血圧（詳細） ☒	追加項目のため ☐
--	---	-------------------------------------

当該年度の健診結果により実施する場合（詳細項目）は、今回の実施理由として【不整脈】もしくは【血圧】のどちらか一方にチェックをしてください。

実施条件は以下判断基準を参照ください。

実施出来る条件（判断基準）	
詳細項目	当該年度の健診結果等において、次の基準に該当した者 ◆血圧 収縮期140mmHg以上若しくは拡張期90mmHg以上 ◆問診等 不整脈が疑われる者

（２）所見・判定区分・具体的な所見・その他の所見

心電図検査を実施する場合【異常所見あり】【異常所見なし】のどちらか一方を必ずチェックしてください

所見 <table> <tr> <td>異常所見あり ☒</td> <td>異常所見なし ☐</td> </tr> </table>	異常所見あり ☒	異常所見なし ☐	【異常所見あり】の場合は、【日常生活に支障なし】【再検査又は経過観察】【要治療】【要精密検査】のいずれか一つを必ずチェックしてください。								
異常所見あり ☒	異常所見なし ☐										
判定区分 <table> <tr> <td>軽度異常あるも日常生活に支障なし ☒</td> <td>異常があり再検査又は経過観察 ☐</td> <td>要治療 ☐</td> <td>要精密検査 ☐</td> </tr> </table>	軽度異常あるも日常生活に支障なし ☒	異常があり再検査又は経過観察 ☐	要治療 ☐	要精密検査 ☐							
軽度異常あるも日常生活に支障なし ☒	異常があり再検査又は経過観察 ☐	要治療 ☐	要精密検査 ☐								
具体的な所見（所定のコードをご記入下さい） <table> <tr> <td>2</td> <td>1</td> <td>数字のみ記入</td> </tr> </table>	2	1	数字のみ記入	8ページの心電図検査コード表の番号をご記入ください。 最大3つまで記入できます。							
2	1	数字のみ記入									
その他の所見（20文字以内で記入下さい） <table> <tr> <td colspan="10">文字のみ記入</td> </tr> </table>	文字のみ記入										
文字のみ記入											

心電図検査コード表に無い場合は、【その他の所見】欄に所見をご記入ください。
1マス1文字で最大20文字まで記入できます。

⑦心電図検査コード表

No	具体的な判定	No	具体的な判定
01	異常Q波	41	心室性期外収縮（頻発）
02	境界域Q波	42	心室性頻拍
03	R波の増高不良	43	心室性期外収縮ショートラン
04	左軸偏位	44	心室性期外収縮二連発
05	軽度な左軸偏位	45	心房粗動
06	高度な右軸偏位	46	心室細動
07	右軸偏位	47	上室性頻拍
08	S Ⅰ、S Ⅱ、S Ⅲパターン	48	上室性期外収縮ショートラン
09	高電位	49	上室性期外収縮二連発
10	右室肥大の疑い	50	心室調律
11	左室肥大の疑い	51	房室接合部調律
12	ST-T異常	52	左房調律の疑い
13	軽度ST-T異常	53	房室解離
14	ST低下	54	高度な頻脈
15	軽度ST-T異常の疑い	55	頻脈
16	陰性T	56	洞頻脈
17	平低T	57	高度な徐脈
18	陽性T（VⅠ）	58	徐脈
19	完全房室ブロック	59	洞徐脈
20	房室ブロックⅡ度（モビッツ）	60	洞不整脈
21	房室ブロックⅡ度（2：1）	61	洞房ブロック
22	房室ブロックⅡ度（ウエンケバッハ）	62	補充収縮
23	PQ延長	63	確定できない不整脈
24	房室ブロックⅠ度	64	低電位差（四肢誘導）
25	WPW症候群	65	低電位差（胸部誘導）
26	WPW症候群の疑い	66	ST上昇
27	PQ短縮	67	軽度ST上昇
28	ペースメーカー調律	68	右房拡大
29	完全左脚ブロック	69	左房拡大
30	完全右脚ブロック	70	反時計回転
31	不完全右脚ブロック	71	時計回転
32	心室内ブロック	72	高いT波
33	RSRパターン	73	右胸心
34	上室性期外収縮	74	電極付け間違い
35	心室性期外収縮	75	QT延長
36	上室性三段脈	76	QT短縮
37	心室性三段脈	77	軽度なQT延長
38	上室性二段脈	78	記録不良
39	心室性二段脈	79	心房細動
40	上室性期外収縮（頻発）		

⑧眼底検査記入欄（国保のみ）

特定健診の詳細項目で眼底検査を実施する場合は、当該年度の結果が下表の判断基準（国基準）に該当していることを確認してください。

この条件に該当している場合は、今回の実施理由として、**【血圧】もしくは【血糖】にチェックをしてください。**

※【追加項目のため】にはチェックしないでください。

眼 底 検 査	今回実施する理由		追加項目のため											
	血圧（詳細） ☐	血糖（詳細） ☐	☐											
	キースワグナー分類													
	0 ☐	I ☐	II a ☐	II b ☐										
	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 ☐														
Wong-Mitchell 分類														
所見なし ☐	軽度 ☐	中等度 ☐	重度 ☐											
糖 尿 性 網 膜 症	SCOTT 分類													
性 網 膜 症	I a ☐	I b ☐	II ☐	III a ☐										
	III b ☐	IV ☐	V a ☐	V b ☐										
VI ☐														
改変Davis 分類														
網膜症なし ☐														
単純網膜症 ☐														
増殖前網膜症 ☐														
増殖網膜症 ☐														
その他の所見（20文字以内でご記入下さい）														
<table border="1" style="width:100%; height: 40px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														

網膜症なしの場合は、SCOTT分類に**チェック**しないでください

実施出来る条件（判断基準）

詳 細 項 目	当該年度の健診結果等において、次の基準のいずれかに該当した者
	◆血圧（以下 a、b のうちいずれか）
	a 収縮期140mmHg以上
	b 拡張期 90mmHg以上
	◆血糖（以下 a、b、c のうちいずれか）
	※血圧基準に該当しない場合前年度結果も可
	a 空腹時血糖：126mg/dl以上
b HbA1c（NGSP）：6.5%以上	
c 随時血糖：126mg/dl以上	

⑨診察：その他の既往歴欄

2020年度より、後期高齢者健診の「質問票」が新たに設けられましたが、服薬に関する質問が省略されました。このため、後期高齢者は服薬情報に基づく判定として、健康診査受診結果報告書へ**総合判定「E：治療中」**を反映する事が出来なくなりました。

対策として、服薬情報に代わり、**受診票の既往歴欄に「治療中」のチェックボックスを新設し、治療中にチェックいただくことで健康診査受診結果報告書へ総合判定「E：治療中」を反映する事と致しました。**

問診の結果、治療中や服薬中の場合は、「治療中」チェックボックスにチェックをお願いいたします。
また、治療中の場合は、「**特記事項あり**」にも**必ずチェック**をお願いいたします。

The diagram illustrates the 'Other Medical History' section of the form. It includes three checkboxes: 'Special Notes Present', 'Special Notes Absent', and 'Treatment'. The 'Treatment' checkbox is highlighted with a red dashed circle and a red arrow. A callout box labeled '治療中' points to this checkbox. Below the checkboxes are two input areas: 'Specific Medical History (Enter code)' and 'Medical History Outside Selection (Enter within 18 characters)'. The first area contains the numbers '2 1' and is labeled '数字のみ' (Numbers only). The second area is labeled '文字のみ記入' (Enter text only) and 'C)'. A red arrow points from the 'Treatment' checkbox to the 'Specific Medical History' input area.

◆2020年度からの変更点◆

受診票の、その他既往歴欄に【治療中】のチェックボックスを新設しました。

A) その他の既往歴については、【特記事項あり】、【特記事項なし】のどちらか1つに必ずチェックしてください。

B) 【特記事項あり】の場合には、**P 1 2**の具体的な既往歴リストより該当する番号を【具体的な既往歴】欄にご記入ください。**最大3つまで**ご記入が可能です。
※リストの番号を4つ以上記入したい場合は、4つ目から【選択欄以外の既往歴】に文字で記入してください。

C) 別紙所見リストに該当する番号が無い場合には、【選択欄以外の既往歴】欄に所見をご記入ください。1マス1文字で**最大18文字まで記入できます。**
※（カッコ）や・も1文字です

治療中の場合は、【特記事項あり】と【治療中】両方にチェックして下さい。

【治療中】または、既往歴コード「2 1」番を記載の場合は、総合判定は「E：治療中」となります。

※特定健診用質問票の項目4～7（既往歴）に「はい」のチェックが入ると、「特記事項なし」としても、結果報告書の既往歴欄に自動的に該当の疾患が記載されます。（P16参照）

⑨ 診察：自覚症状及び他覚症状欄

D) 他覚症状 特記事項あり ☒ 特記事項なし ☐ 所見 (所定のコードをご記入下さい) 0 3 数字のみ E) (カッコ) や ・ も1文字です

F) その他の所見 (10文字以内にご記入下さい) 文字のみ記入

D) 自覚症状欄、他覚症状欄については、【特記事項あり】、【特記事項なし】のどちらか1つに必ずチェックしてください。

E) 【特記事項あり】の場合には、**P 1 2**の他覚症状リストより該当する番号を【所見】欄にご記入ください。**最大3つまで**ご記入が可能です。
※リストの番号を4つ以上記入したい場合は、4つ目から【その他の所見】欄に文字で記入してください。

F) 該当する番号が無い場合には、【その他の所見】欄に所見をご記入ください。
1マス1文字で**最大20文字まで**記入できます。

⑩ 判断医師名・初回面談実施欄

判断医師名	け ん し ん た ろ う	OK	初回面接実施 ☒
判断医師名	ケ ン シ ン タ ロ ウ	OK	初回面接実施 ☒
判断医師名	健 診 太 郎	OK	初回面接実施 ☒

判断医師名は報告書に反映されます。

ひらがな・カタカナ・漢字のいずれかでご記入ください。

※ゴム印でも可能ですが2枚目にも必ず押印してください。

チェックは
不要です

判断医師名は、記入漏れが非常に多い部分です。
必ず記入をお願いいたします。

⑨既往歴・自覚症状・他覚症状コード表

コード	具体的な既往歴
01	高血圧
02	脳卒中
03	狭心症
04	心筋梗塞
05	心不全
06	虚血性心疾患
07	その他の心臓病
08	不整脈
09	循環器の病気
10	高脂質血症
11	骨粗鬆症
12	うつ
13	腎臓病
14	糖尿病
15	貧血
16	肝臓病
17	胃・十二指腸潰瘍
18	高尿酸血症
19	低血圧
20	がん
21	現在治療中の疾患があります

※既往歴「21」を使用した場合、
報告書の総合判定は「E」となります。

E:治療中

コード	自覚症状(一般症状)
01	胸部圧迫感
02	心悸亢進・動悸
03	息切れ
04	不眠
05	肩こり・腰痛
06	手足のしびれ感
07	目眩・立眩み
08	頭痛・耳鳴り
09	いつも調子が悪い
10	その他
11	腹が張っている
12	下痢
13	便秘
14	下痢と便秘
15	痔の傾向
16	顔・足のむくみ(浮腫)
17	喉が渇く(口渇)
18	心窩部痛(胃痛)
19	腹痛(下腹部痛)
20	悪心(吐き気)
21	肩こり
22	腰痛
23	頭痛
24	耳鳴り

コード	他覚症状
01	眼瞼結膜蒼白(+)
02	浮腫:眼瞼(+)
03	肝臓肥大(+)
04	浮腫:下腿(+)
05	心音不純
06	不整脈あり
07	異常呼吸音
08	肺野ラ音
09	心雑音
10	その他

●質問票

【国保 特定健診用】

従来通り

質 問 票

記入上の注意
【正しい例】
【悪い例】

①

受診日	西暦 20 年 月 日	性別	医療機関記入欄
カナ氏名	カタカナでご記入ください。 (セイ) (メイ)	男・女	受付NO 検体依頼書と同じ受付NO
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	歳	日中連絡先 電話番号
住所	〒 ※市区町村よりご記入下さい。	連絡可能な 時間帯	

②

被保険者証等 記号・番号	記号	番号
-----------------	----	----

③

No.	質 問 項 目	回 答
1	血圧を下げる薬を服用していますか。 (高血圧症の治療に係る薬剤を服用していますか。)	はい→ ☐ いいえ→ ☐
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射を服用していますか。 (糖尿病の治療に係る薬剤を服用していますか。)	はい→ ☐ いいえ→ ☐
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。 (脂質異常症の治療に係る薬剤を服用していますか。)	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りますか。	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りますか。	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)を受けていますか。	はい→ ☐ いいえ→ ☐
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	はい→ ☐ いいえ→ ☐
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(「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歳のときの体重から10kg以上増加していますか。	はい→ ☐ 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年以上実施していますか。	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時間以上実施していますか。	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ですか。	はい→ ☐ 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。	何でも→ ☐ 時々かめない→ ☐ ほとんどかめない→ ☐
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	速い→ ☐ 普通→ ☐ 遅い→ ☐
15	就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ありますか。	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。	毎日→ ☐ 時々→ ☐ ほとんど摂らない→ ☐
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	はい→ ☐ いいえ→ ☐
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。	毎日→ ☐ 時々→ ☐ ほとんど飲まない→ ☐
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合(180ml)の目安：ビール(500ml)、焼酎25度(110ml)、 ウイスキーダブル一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1合未満→ ☐ 2～3合未満→ ☐ 1～2合未満→ ☐ 3合以上→ ☐
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	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。	意志なし→ ☐ 意志あり(6か月以内)→ ☐ 意志あり(近いうち)→ ☐ 取組済み(6か月未満)→ ☐ 取組済み(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。	はい→ ☐ いいえ→ ☐

※この帳票は2枚複写です。(1枚目 貴院控え、2枚目 提出用)
記載の際は、複写による誤読防止の為、帳票を重ねてのご記入は避けて下さい。

バーコードラベル貼付
特定健診機関番号

バーコードラベルを
お貼りください。

バーコードラベル貼付
特定健診ID

●質問票

【後期高齢者用】

2020年度より新設

後期高齢者質問票

記入上の注意
【良い例】
【悪い例】

①

受診日	西暦 20 年 月 日	性別	医療機関記入欄
カナ氏名	カタカナでご記入ください。 (セイ) (メイ)	男・女	受付NO 換係依頼書と同じ受付NO
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	歳	日中連絡先 電話番号
住所	〒 - - ※市区町村よりご記入下さい。 市区町村		連絡可能な 時間帯

②

被保険者証等 記号・番号	記号	* * * * *	番号
-----------------	----	-----------	----

③

No.		質問項目	回答	
			よい→	まあよい→
			ふつう→	あまりよくない→
			よくない→	
1		あなたの現在の健康状態はいかがですか		
2		毎日の生活に満足していますか	満足→	やや満足→
			やや不満→	不満→
3		1日3食きちんと食べていますか	はい→	いいえ→
4		半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか *さきいか、たくあんなど	はい→	いいえ→
5		お茶や汁物等でむせることがありますか	はい→	いいえ→
6		6カ月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	はい→	いいえ→
7		以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	はい→	いいえ→
8		この1年間に転んだことがありますか	はい→	いいえ→
9		ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	はい→	いいえ→
10		周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	はい→	いいえ→
11		今日が何月何日かわからない時がありますか	はい→	いいえ→
12		あなたはたばこを吸いますか	吸って→	吸って→
			やめた→	
13		週に1回以上は外出していますか	はい→	いいえ→
14		ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	はい→	いいえ→
15		体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	はい→	いいえ→

※この帳票は2枚複写です。(1枚目 貴院控え、2枚目 提出用)
記載の際は、複写による誤読防止の為、帳票を重ねてのご記入は避けて下さい。

バーコードラベル貼付
特定健診機関番号

バーコードラベルを
お貼りください。

バーコードラベル貼付
特定健診ID

①受診者属性情報欄（国保・後期）

<チェックについて>

良い例	☒
悪い例	☐ ☐ ☐

チェックは右上から左下へはみ出さずに線を引いてください。

<受診日・氏名・生年月日>

氏名は **カタカナ** でご記入ください。

受診日	西暦 20 XX 年 6 月 3 日	性別
カナ氏名	カタカナでご記入ください。 ケンシン (セイ) タロウ (メイ)	☒ 男・女
生年月日	明治・大正 昭和 ・平成 XX 年 7 月 7 日生	45 歳

<受付No.>

医療機関記入欄

受付NO	検体依頼書の氏名欄と同じ受付NO
------	------------------



何も記入せず空欄のまま提出してください

<住所>

住所	〒 7 3 7 - 0 0 5 6 ※市区町村よりご記入下さい。 呉 市 朝日町13番3号
----	---



郵便番号は必ずご記入ください。
住所は市区町村からご記入ください。建物名・部屋番号もご記入ください。

<電話番号>

日中連絡先 電話番号	0123 - 45 - 6789
連絡可能な 時間帯	13 : 00 ~ 16 : 30

受診者様の連絡のつく電話番号と時間帯をご記入ください。
携帯番号でも構いません。

②被保険者証等記号・番号欄

○受診者の被保険者証等番号
×保険者番号ではありません

被保険者証等 記号・番号	記号	番号
	● ●	1 2 3 4 5 6 7

保険証の記号と番号は**左詰めで、空白(スペース)を空けずにご記入**ください。

※番号欄に保険者番号が記入されているケースがございます。間違いのないよう、ご注意ください

被保険者証等 記号・番号	記号	番号
	* * * * *	

後期はここだけ記入

後期用質問票

③質問項目記入欄

国保22項目・後期15項目の質問内容です

No.	質問項目	回答
1	血圧を下げる薬を服用していますか。 (高血圧症の治療に係る薬剤を服用していますか。)	はい→ ☒ いいえ→ ☒
No.	質問項目	回答
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい→ ☐ まあよい→ ☐ ふつう→ ☐ あまりよくない→ ☐ よくない→ ☐

☆注意点

質問票への回答は、いずれか 1 つをチェックしてください。

2つ以上の回答は、読み取りエラーとなりますのでご注意ください。

No.	質問項目	回答
1	血圧を下げる薬を服用していますか。 (高血圧症の治療に係る薬剤を服用していますか。)	はい→ ☒ いいえ→ ☒
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射を服用していますか。 (糖尿病の治療に係る薬剤を服用していますか。)	はい→ ☒ いいえ→ ☒
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。 (脂質異常症の治療に係る薬剤を服用していますか。)	はい→ ☒ いいえ→ ☒

・1～3で「はい」にチェックがある場合、報告書の「服薬歴」欄に該当の項目名が記入されます。

質問1・・・血圧 質問2・・・血糖 質問3・・・脂質

・質問1～3にひとつでも【はい】がある場合、報告書の「既往歴」欄に自動的に、「**現在治療中の疾患があります**」と記載され、**総合判定は「E」と**なります。

※受診票の「その他既往歴」欄が【特記事項なし】になっていても記載されます。

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りますか。	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りますか。	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)を受けていますか。	はい→ ☒ いいえ→ ☒
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	はい→ ☒ いいえ→ ☒

・4～7で「はい」にチェックがある場合、報告書の「既往歴」欄に該当の疾患名が記入されます。

質問4・・・脳卒中 質問5・・・心臓病 質問6・・・腎臓病 質問7・・・貧血

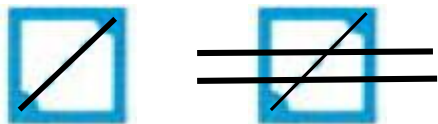
※受診票の既往歴欄が「特記事項なし」になっていても記入されます。

◇受診票・質問票訂正例

<訂正の仕方>

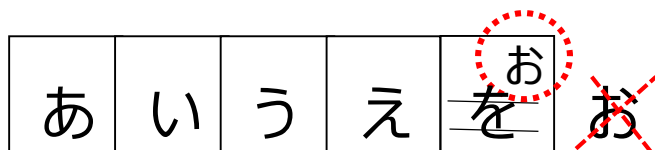
- ◆記入を間違えた場合は、書き直し出来るものは極力書き直しをお願いいたします。
- ◆報告書遅延の原因となりますので、ご協力のほどお願いいたします。
- ◆やむを得ない場合は、下記の方法にて、訂正をお願いいたします。

■ボックスの場合



間違った場合は、2重線で訂正してください。
正しいチェックボックスにチェックをしてください。

■フリー文字記入欄の場合



訂正文字を2重線で訂正し、
上または横に正しい文字を
ご記入ください。

フリー文字記入欄以外のご記入はなさないようお願いいたします。
文字認識が出来ません。必ずフリー文字記入欄にご記入ください。

◇受診券

◆受診券の提出について

- ・国保の受診券を提出いただく際は、コピーを提出ください。
- ・後期は受診券がありませんので、後期高齢者医療被保険者証をコピーしてご提出ください（次ページ参照）
- ・生活保護被保護者の健康診査は生活保護受給証明書のコピーを提出ください

◆バーコードラベルについて

- ・**受診券コピーにも受診票・質問票同様にバーコードを貼付**してください。
- ・貼付場所につきましては、特段の指定はございませんが、以下の情報が
必要になりますので、隠れないように貼付してください。

- ①受診券整理番号 ②有効期限 ③負担金額
- ④保険者番号 ⑤支払代行機関番号

◆ 後期高齢者医療被保険者証について

後期高齢者の検診には受診券がありません。

従いまして、後期高齢者医療被保険者証を別にお配りする台紙に併せてコピーをしてご提出ください。

ここに後期高齢者医療被保険者証を置いて
被保険者番号や氏名が見えるように
A4サイズでコピーして下さい。



1 ページ

この枠の中に保険証を置いてコピーして下さい

- ・有効期限
- ・被保険者番号
- ・住所
- ・氏名
- ・生年月日
- ・保険者番号
- ・保険者名称

上記が、見えていれば大丈夫です

受診券整理番号は空欄をお願いします

受診券整理番号	入力欄	備考
受診者名	★保険者証参照★	カナ氏名
保険者番号	39342027	保険者番号
保険者名称	広島県後期高齢者医療広域連合（呉市）	保険者名称
支払代行機関番号	93499028	支払代行機関
被保険者証記号		被保険者証記号
被保険者証番号	★保険者証参照★	被保険者証番号
受診券有効期限	令和3年3月31日	受診券の有効期限
窓口負担金	0円	窓口負担金 0円等

特定健診機関番号バーコードを貼ってください

特定健診IDバーコードを貼ってください

バーコードラベルを貼ってください

◇バーコードラベル添付（国保・後期同様）

①「特定健診機関番号」バーコード

②「特定健診ID」バーコード

1

特定健



特定健診機関番号は
全て同じ貴院の医療機関番号です
1枚残っていれば翌年もご利用できます。

番号



2



特定健診 I Dは、
1名の受診者に対して、横1列を使用してください。
バーコードラベルは受診票・受診券・質問票に1枚ずつ貼るため、通常は1枚余ります。
※余ったバーコードラベルは他の受診者様の健診時にお使いにはなりません。ご注意ください。
1列残っていれば翌年もご利用できます。

①に特定健診機関番号バーコードをお貼りください。②に特定健診 I Dバーコードをお貼りください。

受診券コピー
(A4サイズ)

受診票

質問票

1

2

1

2

1

2

- 受診票・質問票は、2枚目を提出してください。
1枚目は医療機関様の控えとなります。
- 帳票をご提出いただく際には、受診券・受診票・質問票の順番に
並べて提出してください。
また、国保・後期・社保・生保についても分けてご提出ください。
- 総合検査依頼書（マークシート）と検体も併せてご提出ください。
- 帳票は折り曲げず、ホッチキスは使用しないでください。
- ご発注は「呉市医師会 臨床検査センター：0823-25-7755」へ
お願いいたします。