

「特定健康診査等 入力票①」 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、この度、「特定健康診査等 入力票①」をOCR(光学的文字認識)に対応した様式に変更させていただきます。

これにより、レイアウトを若干変更しておりますが、記載内容に変更はございません。

変更内容につきまして下記の通りご案内いたしますので、宜しくご了承の程お願い申し上げます。

敬具

記

■変更書類

●特定健康診査等 入力票①

- ※ 変更前後の入力票イメージは次頁以降をご確認下さい。
- ※ 北九州市国保は専用健診票を使用するため対象外です。

■運用開始日

- 順次差替えを行い、2019年10月1日(火)ご提出分よりOCR用に完全切替させていただきます。

■ 変更後(OCR用)

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)

実施機関番号

受診者名(姓)

受診者名(姓)

健診年月日 20 年 月 日

医師の氏名(漢字)

性別 1:男 2:女 生年月日 年 月 日

年齢 歳 1:大正 2:昭和 3:平成

後期高齢者医療制度被保険者 1:はい 2:いいえ

記入
要領

数字

文字

服薬

1-3a. 血圧

1-3b. 血糖 1:あり 2:なし

1-3c. 脂質

既往歴

4. 脳血管

5. 心疾患 1:はい 2:いいえ

6. 腎不全・人工透析 1:はい 2:いいえ

7. 貧血

その他

8. 喫煙歴 1:はい 2:いいえ

18. 飲酒 1:毎日 2:時々 3:ほとんど飲まない

22: 保健指導の希望 1:はい 2:いいえ

その他既往歴

自覚症状

他覚症状

身長 cm

体重 kg

腹囲 cm

腹囲測定法 1:実測 2:自己測定 3:自己申告

収縮時血圧 mmHg

拡張時血圧 mmHg

測定方法 1:1回目 2:2回目 3:他(平均値等)

糖 1:- 2:+ 3:1+ 4:2+ 5:3+

尿蛋白

潜血

未実施 1:生理中 2:排尿障害

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)

貧血 1:基準該当 2:医師の判断

クレアチニン 1:基準該当 2:医師の判断

心電図 1:基準該当 2:医師の判断(不整脈等)

異常所見 1:あり 2: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

実施理由 1:基準該当 2:医師の判断

糖尿病性網膜症 1:異常なし

シェイェ分類S 1:0 2:I 3:II 4:III 5:IV

SCOTT分類 1:1a 2:1b 3:II 4:IIIa 5:IIIb 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI

シェイェ分類H 1:0 2:I 3:II 4:III 5:IV

Davis分類 1:単純網膜症 2:増殖前網膜症 3:増殖網膜症

キースワグナー分類 1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV

その他所見

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

健診当日の特定保健指導の初回実施 1:あり 2:なし 「あり」の時の分単位実施の時間 分

食血実施基準 : 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

被保険者証等記号

郵便番号 - 住所 市・町・村

電話番号

受診券有効期限 20 年 月 日

電話番号記入例:「093642****」又は「0906429****」(“-”なし)

保険者番号

電話番号

特定健康診査決済情報

基本健診 1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者上限負担 円 % ⇒ 円

詳細健診 1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者上限負担 円 % ⇒ 円

追加健診 1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者上限負担 円 % ⇒ 円

委託区分 1:個別健診 2:集団検診 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

窓口負担合計額 円

キューリン受領日 一次 / 修正① / 修正② / 最終

株式会社キューリン OCR(初版)