

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、何卒宜しく願い申し上げます。

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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
実施機関番号 <input type="text"/> (漢字) <input type="text"/>	
受診者名(姓)	性別 <input type="checkbox"/> 1:男 <input type="checkbox"/> 2:女 生年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
受診者名(氏名)	年齢 <input type="text"/> 歳 1:大正 2:昭和 3:平成 後期高齢者医療制度被保険者 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
質問票 1-3a. 血圧 <input type="checkbox"/> 1-3b. 血糖 <input type="checkbox"/> 1:あり 2:なし 1-3c. 脂質 <input type="checkbox"/> 既往歴 4. 脳血管 <input type="checkbox"/> 5. 心疾患 <input type="checkbox"/> 1:はい 2:いいえ 6. 腎不全・人工透析 <input type="checkbox"/> 7. 貧血 <input type="checkbox"/> その他 8. 喫煙歴 <input type="checkbox"/> 1:はい 2:いいえ 18. 飲酒 <input type="checkbox"/> 1:毎日 2:時々 3:ほとんど飲まない 22: 保健指導の希望 <input type="checkbox"/> 1:はい 2:いいえ その他既往歴 自覚症状 診察 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 他覚症状 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	記入要領 <input type="checkbox"/> 数字 <input type="checkbox"/> 文字
身体計測 身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg 腹囲 <input type="text"/> cm 腹囲測定法 <input type="checkbox"/> 1:実測 2:自己測定 3:自己申告 収縮時血圧 <input type="text"/> mmHg 測定方法 <input type="checkbox"/> 1:1回目 2:2回目 3:他(平均値等) 拡張時血圧 <input type="text"/> mmHg 糖 <input type="checkbox"/> 1:- 2:+ 3:1+ 4:2+ 5:3+ 尿蛋白 <input type="checkbox"/> 尿潜血 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 1:生理中 2:排尿障害	採血時間 <input type="checkbox"/> 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 実施理由 <input type="checkbox"/> 1:基準該当 2:医師の判断 クレアチニン 実施理由 <input type="checkbox"/> 1:基準該当 2:医師の判断
心電図 実施理由 <input type="checkbox"/> 1:基準該当 2:医師の判断(不整脈等) 異常所見 <input type="checkbox"/> 1:あり 2:なし 判定区分 <input type="checkbox"/> 1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精密検査 具体的な所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
眼底 実施理由 <input type="checkbox"/> 1:基準該当 2:医師の判断 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 1:異常なし シュエイエ分類S <input type="checkbox"/> 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4 シュエイエ分類H <input type="checkbox"/> 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4 SCOTT分類 <input type="checkbox"/> 1:1a 2:1b 3:II 4:IIIa 5:IIIb 6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI Davis分類 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV その他所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
医師の判断 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1:あり 2:なし 「あり」の時の分算実施の時間 <input type="text"/> 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HbA1c6.5以上 心電図実施基準 : 血圧140/90以上又は同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 <input type="text"/> 受診券有効期限 20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 保険者番号 <input type="text"/>	
被保険者証等記号 <input type="text"/> 番号 <input type="text"/>	
郵便番号 <input type="text"/> 住所 <input type="text"/> 市・町・村 <input type="text"/>	電話番号記入例:「093642****」又は「0905429****」(*-なし) 電話番号 <input type="text"/>
特定健康診査決済情報 基本健診 <input type="checkbox"/> 1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者上限負担 <input type="text"/> 円 % ⇒ <input type="text"/> 円 詳細健診 <input type="checkbox"/> 1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者上限負担 <input type="text"/> 円 % ⇒ <input type="text"/> 円 追加健診 <input type="checkbox"/> 1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者上限負担 <input type="text"/> 円 % ⇒ <input type="text"/> 円 委託料区分 <input type="checkbox"/> 1:個別健診 2:集団健診 代行機関(優先) <input type="checkbox"/> 1:国保連合会 2:支払基金 3:その他 窓口負担合計額 <input type="text"/> 円	窓口負担(受診券記載) 窓口負担
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)	

■変更後 この様式は受診日が2020年4月1日以降です。

22 特定健康診査等 入力票

健康保険種別 1:特定健診 2:後期高齢者健診 4:その他(国保健診、若者健診等) 健診実施年月日 20 年 月 日

実施機関番号 医師の氏名(漢字)

セイ 性別 1:男 2:女 年齢 年 月 日
メイ 生年月日 年 月 日
1:大正 2:昭和 3:平成

受診券番号 発券年月日 20 年 月 日 保険者番号

健康保険番号 番号

郵便番号 住所 市・町・村

電話

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

健康診査結果の情報を、保健指導や医学的統計に使用するため、医療機関・保険者・国と共有しますので、ご了承ください。

★後期高齢者健診の場合は以下の質問にお答えください。また、必要に応じて左記の質問にもお答えください。

<p>服薬等</p> <p>①血圧を下げる薬の使用 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>②血糖を下げる薬又はインスリン注射の使用 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>③コレステロールや中性脂肪を下げる薬の使用 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>④脳卒中(脳出血、脳梗塞等) <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑤心臓病(狭心症、心筋梗塞等) <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑥慢性腎臓病や腎不全または治療(人工透析) <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑦貧血 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑧現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑨20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑩30分/回以上の軽く汗をかき運動を週2日以上、1年以上実施していますか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑪日常、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。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑫ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度は速いですか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑬食事をかんで食べる時の状態はどれですか。 1:なんでもかめる <input type="checkbox"/> 2:かみにくいところがある 3:ほとんどかめない <input type="checkbox"/></p> <p>⑭人と比較して食べる速度が速いですか。 1:速い 2:ふつう 3:遅い <input type="checkbox"/></p> <p>⑮就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>その他</p> <p>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 type="checkbox"/> 1:毎日 2:時々 <input type="checkbox"/> 3:ほとんど摂取しない</p> <p>⑰朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑱飲酒の頻度はどの程度ですか。 <input type="checkbox"/> 1:毎日 2:時々 <input type="checkbox"/> 3:ほとんど飲まない(飲めない)</p> <p>⑲飲酒日の1日あたりの飲酒量はどの程度ですか。 <input type="checkbox"/> 1:1合未満 2:1~2合未満 <input type="checkbox"/> 3:2~3合未満 4:3合以上</p> <p>⑳睡眠で休養が十分とれていますか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>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 type="checkbox"/> 1:改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 2:改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 3:概ね1ヶ月以内に改善するつもりで、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 4:既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 5:既に取り組んでいる(6ヶ月以上)</p> <p>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 type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p>	<p>①あなたの現在の健康状態はいかがですか。 <input type="checkbox"/> 1:よい 2:まあよい 3:ふつう 4:あまりよくない 5:よくない</p> <p>②毎日の生活に満足していますか。 <input type="checkbox"/> 1:満足 2:やや満足 3:やや不満 4:不満</p> <p>③1日3食きちんと食べていますか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>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 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑤お茶や汁物等でむせることがありますか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑥6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑦以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いませんか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑧この1年間に転んだことがありますか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑨ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>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。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑪今日が何月何日かわからない時がありますか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑫あなたはたばこを吸いますか。 <input type="checkbox"/> 1:吸っている 2:吸っていない 3:やめた</p> <p>⑬週に1回以上は外出していますか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑭ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p> <p>⑮体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。 <input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ</p>
---	--

診察 <input type="checkbox"/>	自覚症状 <input type="checkbox"/>	他覚症状 <input type="checkbox"/>
身長 <input type="text"/> cm	腕囲 <input type="text"/> cm	糖 <input type="checkbox"/> 1:- <input type="checkbox"/> 2:± <input type="checkbox"/> 3:1+ <input type="checkbox"/> 4:2+ <input type="checkbox"/> 5:3+
体重 <input type="text"/> kg	腰囲測定法 <input type="checkbox"/> 1:実測 <input type="checkbox"/> 2:自己測定 <input type="checkbox"/> 3:自己申告	尿検査 <input type="checkbox"/>
収縮時血圧 <input type="text"/> mmHg	拡張時血圧 <input type="text"/> mmHg	潜血 <input type="checkbox"/>
測定法 <input type="checkbox"/> 1:1回目 <input type="checkbox"/> 2:2回目 <input type="checkbox"/> 3:他(平均値等)	末実施 <input type="checkbox"/> 1:生液中 <input type="checkbox"/> 2:排泄液等	

採血時間 <input type="checkbox"/> 1:空腹時(食後10時間以上) <input type="checkbox"/> 2:随時(食後3,5以上10時間未満) <input type="checkbox"/> 3:食直後(食後3,5時間未満)	詳細検査等実施理由 <input type="checkbox"/> 1:基準該当 <input type="checkbox"/> 2:医師の判断 <input type="checkbox"/> 3:医師の判断
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)	身体的な所見 <input type="checkbox"/>
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 2:異常 3:要観察 4:要精密検査

実施理由 <input type="checkbox"/> 1:基準該当 <input type="checkbox"/> 2:医師の判断 <input type="checkbox"/> 3:異常なし	糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 1:異常なし	キースワグナー分類 <input type="checkbox"/> 1:0 <input type="checkbox"/> 2:1 <input type="checkbox"/> 3:IIa <input type="checkbox"/> 4:IIb <input type="checkbox"/> 5:III <input type="checkbox"/> 6:IV
眼底シェイェ分類 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	SCOTT分類 <input type="checkbox"/> 1:1a <input type="checkbox"/> 2:1b <input type="checkbox"/> 3:II <input type="checkbox"/> 4:IIIa <input type="checkbox"/> 5:IIIb <input type="checkbox"/> 6:IV <input type="checkbox"/> 7:Va <input type="checkbox"/> 8:Vb <input type="checkbox"/> 9:VI	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

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 <input type="checkbox"/> 2:なし
--	--

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
 欠アチン実施基準:①血圧130/85以上又は空腹血糖(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血圧収縮140/90以上又は2血糖(空腹時/随時)126以上又はHbA1c6.5以上

窓口負担

基本健診 円 + 詳細健診 円 + 追加健診 円 = 合計金額 円

株式会社キューリン 版OCR202004