

健診結果・特定健診質問一覧表

助成金の 受領委任	記号	番号	本家	氏名	性別	生年月日	受診日	CSV出力				事業所名: 医療法人×△●病院				診察等			
								身長	体重	腹囲	BMI	近視力 裸眼右	近視力 裸眼左	近視力 矯正右	近視力 矯正左	聴覚右 1000Hz	聴覚右 4000Hz	聴覚左 1000Hz	聴覚左 4000Hz
1	○×△	1	0	健保 太郎	1	1947/11/1	2024/5/1	177.0	77.0	85.5	24.6	0.1	0.1	1.5	1.5	所見なし	所見なし	所見なし	所見なし

健診を受けた被保険者が、助成金の受領委任を了承している場合は、「1」はいを入力してください。
尚、「2」いいえの場合、事業所への助成金は支給できません。

特定健診対象者はセルがオレンジ色に塗られています。
色が塗ってある者については必須項目の入力に漏れが無いか確認をしてください。漏れがあると助成金は支給できません。
(追加受診者も入力生年月日より自動的にセルがオレンジ色になります)
必須項目はセルが黄色に塗られている部分です。(代謝系についてはいずれか1つが必須のため薄い黄色)
生年月日は、西暦表示となっています。
和暦表示には変更しないでください。

BMIについては、計算式による入力ではなく、数値で小数点第一位(第二位を四捨五入)まで入力してください。

西暦表示になっています。
「5」「/」「1」と半角英数で入力すれば、入力日の属する年は自動で表示されます。

例えば、
2024年中に入力→ 2024/5/1 と表示されます。
2025年中に入力→ 2025/5/1 と表示されます。

尚、和暦表示には変更しないでください。

①

健診結果・特定健診質問一覧表

				脂質				肝機能				代謝系				血液一般			
医師の診断	収縮期 血圧 (高)	拡張期 血圧 (低)	総コレス テロール 定量	空腹時中 性脂肪	随時中 性脂肪	HDL-コ レステ ロール	LDL-コ レステ ロール	AST (GOT)	ALT (GPT)	γ-GT (γ-GTP)	AL-P	空腹時 血糖	採取時間 (食後)	ヘモグロビン A1c (NGSP値)	随時血糖	ヘマトク リット値	血色素 測定	赤血球数	白血球数
高血圧	165	85	185	110		44	111	30	42	52	159	87	2	4.9		46.4	16.2	527	5400

医師の診断欄は、医師によって行われた視診、打診、触診、聴診などを含めた診察結果を記入してください。

また、受診者の事情（生理中等）により検査を実施できなかった場合や、特定健診質問票の他覚症状において選択肢以外の症状があった場合などもその旨を入力してください。

やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は随時中性脂肪を入力して下さい。

空腹時血糖を実施した場合は「2」随時血糖を実施した場合は「3」を入力して下さい。

中性脂肪が400mg/dl以上や食後採血のため、LDL-コレステロールの代わりにnon-HDLコレステロールを用いて評価した場合も血中脂質検査を実施とみなします。

空腹時血糖及びHbA1cが未実施の場合は、随時血糖値を入力して下さい。血糖検査を実施したものとして処理いたします。尚、空腹時血糖及びHbA1cを実施している場合は、空欄にして下さい。

ヘモグロビンA1cについては、NGSP値を入力して下さい。

AL-Pについては、IFCC法を用いていただきます。尚、JSCC法の検査でも

血液一般の 赤血球数、白血球数 を実施した場合、単位を

《赤血球数》:[$10^4/\text{mm}^3$] (通常3桁 例:500)
《白血球数》:[mm^3] (通常4桁 例:5000)

として入力して下さい。

健診結果・特定健診質問一覧表

尿・腎機能			尿・腎機能		心機能	肺	眼科系	1	2	3	4	5	6
尿蛋白 (半定量)	尿糖 (半定量)	潜血	ウロビリ ノーゲン	血清クレ アチニン	12誘導心電 図	胸部X線 (大角1枚)	眼底検査 (両眼)	血圧を下 げる薬の 服薬	血糖を下 げる薬又 はインス リン注射を 使用してい ますか	コレステ ロールや 中性脂肪 を下げる薬 の服薬	脳卒中に かかったこ とがある	心臓病に かかったこ とがある	慢性腎臓 病や腎不 全にかかっ たことがあ る(人工透 析など)
-	-	-	++	0.93	正常範囲	胸膜癒着肥厚	異常なし	2	2	2	2	2	2

尿蛋白(定性半定量)、尿糖(定性半定量)の結果については、一、十、2十、3十などの記号(半角英数)で入力してください。

心電図、胸部X線、眼底検査などにおいて検査が未実施である場合、未実施や実施せず、育休中等のコメントは入

ここより右側に特定健診質問表が続きます。
特定健診対象者の方は、セルが黄色に塗られている項目の回答が必須です。

従来と同様、該当する選択肢の番号を半角英数で入力してください。

※ はい や いいえ の文字入力ではありません。

健診結果・特定健診質問一覧表

7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
医師から貧血といわれたことがある。	たばこを習慣的に吸っている	20歳の時から体重が10kg以上増加している	1回30分以上の運動を週2日以上、1年実施	歩行などを1日1時間以上実施	同年齢の同性より歩くのが早い	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	人と比較して食べる速度が速い	就寝2時間以内の夕食が週3回以上ある	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	朝食抜きが週3回以上ある	お酒を飲む頻度	飲食日の1日当たりの飲酒量	睡眠で休養が十分とれている	生活習慣を改善してみようと思うか	これまでに保健指導を受けたことがありますか
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	5	1

特定健診対象者の方は、セルが黄色に塗られている項目の回答が必須です。

従来と同様、該当する選択肢の番号を半角英数で入力してください。

※ はい や いいえ の文字入力ではありません。

健診結果・特定健診質問一覧表

23				24				医師の記入欄					
その他の 既往歴	既往歴 (該当する病名)			自覚症状	自覚症状 (該当する症状)			他覚症状	他覚症状 (医師の所見)			健診を実施した医師 の氏名	
1	1	4	7	1	3	4	8	9	14	1	3	5	6
													健保 太郎

質問票の回答
をもとに
はい:1
いいえ:2
を半角英数で
入力

その他の既往歴
が 1 のとき、質問票を
もとに該当する病名の
選択肢を半角英数で
入力。(最大3つまで)
その他の既往歴が 2
のときは空欄のまま。

質問票の回答
をもとに
はい:1
いいえ:2
を半角英数
で入力

自覚症状
が 1 のとき、質問票をも
とに該当する症状の選
択肢を半角英数で入力。
(最大5つまで)
自覚症状 が 2 のときは
空欄のまま。

医師の判断を
もとに
はい:1
いいえ:2
を半角英数
で入力

他覚症状
が 1 のとき、医師の
判断をもとに該当す
る症状の選択肢を半
角英数で入力。
他覚症状 が 2 のと
きは空欄のまま。

健診を実施した
医師の氏名(フル
ネーム)を全
角で入力してく
ださい。

特定健診対象者(氏名、生年月日のセルがオレンジ色に塗られている方)は回答必須項目です。
漏れがあると助成金は支給できませんので入力漏れにご注意ください。

⑤