
健康診査等マニュアル

受診票 質問票
受診券

【東入間医師会医療機関様用】

社保版（2024年度）

 D-solution
株式会社ディーソル

 LSIメディエンス

お問い合わせ先：ディーソルコールセンター

[TEL:0120-958-424](tel:0120-958-424)

平日：9:00～18:30

土曜：9:00～13:00

日曜・祝日 休み

ご挨拶

特定健診等決済事務代行委託先であったウィーメックス株式会社は令和6年4月1日をもちまして、健康検診部「特定健診事務代行サービス」に関する事業を、株式会社ディーソルに譲渡することになりました

特定健診等の決済事務代行等につきましては、同一の内容にて引き続き株式会社ディーソルにより実施させていただきます。

コールセンターでも「ディーソル」と受電を致します。
電話番号、ご対応等に変更はございません。

帳票の回収・報告書のお届けは、L S I メディエンスへ委託致しますので、今まで通りとなります。

引き続き、ディーソル及びL S I メディエンスを
よろしくお願い致します。

【2024年度の変更点】

2024年度より第4期特定健康診査がはじまります。質問票・受診票・報告書につきまして変更となりましたので、ご案内申し上げます。

1. 質問票の変更（※後期高齢者の質問票に変更はありません。）

(ア) たばこの喫煙歴に関する質問（質問内容と回答が3択に変更）

変更前

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→ <input type="checkbox"/>	いいえ→ <input type="checkbox"/>
---	--	------------------------------	-------------------------------

変更後

8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （最近1か月間吸っている者で、生涯で6か月以上、または合計100本以上吸っている者）	はい→ <input type="checkbox"/>	以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない→ <input type="checkbox"/>	いいえ→ <input type="checkbox"/>
---	---	------------------------------	---	-------------------------------

(イ) 飲酒に関する質問（頻度と飲酒量の質問内容と回答が変更）

変更前

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。	◆全くお酒を飲まない方は、質問18「ほとんど飲まない」質問19「1合未満」にチェックをして下さい。	毎日→ <input type="checkbox"/>	時々→ <input type="checkbox"/>	ほとんど飲まない→ <input type="checkbox"/>
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→ <input type="checkbox"/>	2～3合未満→ <input type="checkbox"/>	
			1～2合未満→ <input type="checkbox"/>	3合以上→ <input type="checkbox"/>	

変更後

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。 （「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	毎日→ <input type="checkbox"/>	週5～6日→ <input type="checkbox"/>	週3～4日→ <input type="checkbox"/>	週1～2日→ <input type="checkbox"/>
		月1～3日→ <input type="checkbox"/>	月に1日未満→ <input type="checkbox"/>	やめた→ <input type="checkbox"/>	飲まない（飲めない）→ <input type="checkbox"/>
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（アルコール度数15度・180ml）の目安：ビール（同5度・約500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・約60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）		1合未満→ <input type="checkbox"/>	1～2合未満→ <input type="checkbox"/>	2～3合未満→ <input type="checkbox"/>
			3～5合未満→ <input type="checkbox"/>	5合以上→ <input type="checkbox"/>	

(イ) 特定保健指導に関する質問（質問内容の変更）

変更前

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→ <input type="checkbox"/>	いいえ→ <input type="checkbox"/>
----	-----------------------------------	------------------------------	-------------------------------

変更後

22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	はい→ <input type="checkbox"/>	いいえ→ <input type="checkbox"/>
----	--------------------------------------	------------------------------	-------------------------------

2. 受診票の変更（尿検査未実施の理由が3択へと変更）

変更前

尿検査	糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	蛋白	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	潜血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排尿障害のため未実施 <input type="checkbox"/> チェックをしてください（生理中も含む）					

変更後

尿検査	糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	蛋白	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	潜血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	未実施理由	<input type="checkbox"/>	生理中 <input type="checkbox"/>	排尿障害 <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>	

※帳票変更にあたり、**2023年度までご利用いただいていた帳票は使用できませんので、必ず新帳票をご利用ください。**

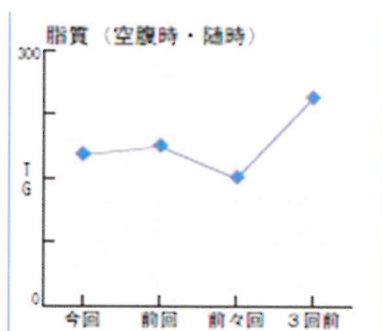
旧帳票をご利用いただいた場合、医療機関様にお問合せを行い、結果報告までに通常よりお時間をいただく場合がございます。

3. 報告書の変更

※中性脂肪が、空腹時中性脂肪（TG）と随時中性脂肪（TG）に分かれました。
 食後10時間以上：空腹時 食後3.5時間～10時間未満：随時 となります。
 →血糖と同じ受診票の採血時間が反映されます。

過去の中性脂肪については全て空腹時中性脂肪（TG）にデータが記載されます。
 随時中性脂肪については基準値はありません（LHマークもつきません）。

項目	基準値	今回	前回	前々回	3回前
		24年07月06日	23年07月24日	22年07月18日	21年07月09日
メタボリックシンドローム判定	-	基準該当	基準該当	基準該当	基準該当
保健指導レベル	-	なし	なし	なし	なし
身体測定 身長		156.8	157.2	157.4	157.2
身体測定 体重		74.5	74.7	75.1	73.5
身体測定 腹囲(実測)	89.9	102.6 C	100.5 C	101.0 C	97.5 C
身体測定 BMI	18.5 - 24.9	30.3 C	30.2 C	30.3 C	29.7 C
血压 収縮期血压 (1回目)	129以下	149 D	143 C		129 C
血压 拡張期血压 (1回目)	84以下	100 D	93 C		90 C
血压 収縮期血压 (その他)	129以下			146 C	
血压 拡張期血压 (その他)	84以下			95 C	
尿 尿糖	(-)	- A	- A	- A	- A
尿 尿蛋白	(-)	+ B	+ A	+ B	+ A
脂質 空腹時中性脂肪 (TG)	30 - 149		H 188 B H	151 B H	245 B
脂質 随時中性脂肪 (TG)		180			
脂質 HDLコレステロール	40以上	61 A	54 A	59 A	51 A
脂質 LDLコレステロール	60 - 119	99 A	109 A	85 A	94 A



※グラフについては空腹時と随時がまとめて表記されております。

※随時中性脂肪での階層化判定について

第4期 空腹時中性脂肪 ≥ 150 随時中性脂肪 ≥ 175

→メタボリックシンドローム判定については変更ございません。

※HDLの判定基準につきましては、2024年4月1日付の人間ドック学会の基準ではなく、従来の判定基準となっております。

C判定 35～39 (mg/dL) D判定 34以下 (mg/dL)

①チェック方法について

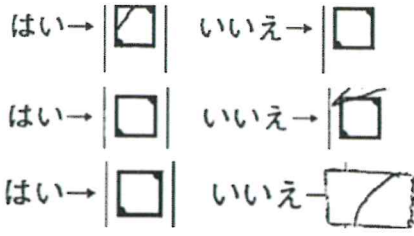
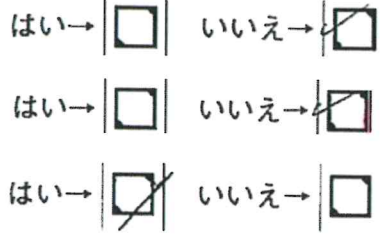
記入上の注意



提出用帳票は機械で読み取ります。
折り曲げないようにご注意ください。

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。

OCRで読み取れなかった事例



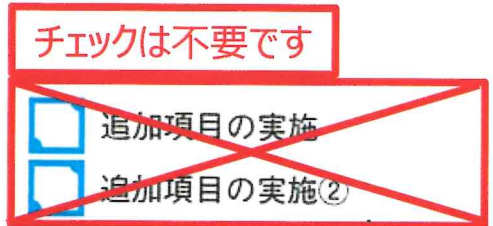
修正テープは不可です

個別健診に必ずチェックを付けて下さい。

個別健診 集団健診

問合せ番号

問合せ番号ラベルをお貼り下さい



この2つには
チェックを入れないでください。

問合せ番号ラベルを**必ず2枚目の控え**にお貼りください。
(2枚目は医療機関様控えです)
お問合せの際にこの番号が必要となります。
※詳細はP 18を参照ください。

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	カタカナでご記入ください。 ケンシン (セイ) タロウ (メイ)	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女

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)

③身体測定・血圧・採血欄

身体計測	身長 (cm)	1	7	0	.	5	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。 第一位まで ご記入下さい	
	体重 (kg)		7	5	.	5		
	腹囲 (cm)		7	9	.	0		
血圧	測定	実測 <input checked="" type="checkbox"/>	自己測定 <input type="checkbox"/>	採血 空腹時(食後10時間以上) <input checked="" type="checkbox"/> 随時(食後3.5時間~10時間) <input type="checkbox"/> 食後3.5時間未満 <input type="checkbox"/>				
	収縮期血圧 (mmHg)	1	2					0
	拡張期血圧 (mmHg)		8					0
	1回目 <input type="checkbox"/>	2回目 <input type="checkbox"/>	その他(平均値等) <input type="checkbox"/>					

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 (2024年度より変更)

尿検査	糖	- <input type="checkbox"/>	± <input type="checkbox"/>	+	++ <input type="checkbox"/>	+++ <input type="checkbox"/>
	蛋白	- <input type="checkbox"/>	± <input type="checkbox"/>	+	++ <input type="checkbox"/>	+++ <input type="checkbox"/>
	潜血	記入は不要 (二重線なども不要)				
	未実施理由	生理中 <input type="checkbox"/>	排尿障害 <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>		

糖・蛋白の判定値にチェックしてください。

・「生理中」「排尿障害」「その他」より選んで**いずれか1つにチェック**をしてください。
 ※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

貧血	今回実施する理由		追加項目のため
	質問票(詳細) <input type="checkbox"/>	診察(詳細) <input type="checkbox"/>	

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。
 ※**【追加項目のため】**には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	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

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) <input type="checkbox"/>	血糖(詳細) <input type="checkbox"/>	

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】にチェック**をしてください。
 ※**【血糖（詳細）】**、**【追加項目のため】**には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130mmHg以上 b 拡張期 85mmHg以上

⑦心電図検査記入欄

(1) 実施理由記入欄

今回実施する理由

不整脈(詳細) <input checked="" type="checkbox"/>	血压(詳細) <input checked="" type="checkbox"/>	追加項目のため <input type="checkbox"/>
---	--	----------------------------------

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【血压】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 ◆不整脈 問診等で不整脈が疑われる者 ◆血压 収縮期140mmHg以上若しくは拡張期90mmHg以上

(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 異常所見あり <input checked="" type="checkbox"/> 異常所見なし <input type="checkbox"/>	【異常所見あり】の場合は、【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】のいずれか一つを必ずチェックしてください。
判定区分 軽度異常あるも日常生活に支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 異常があり再検査又は経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/>	

具体的な所見（所定のコードをご記入下さい）

2 1	数字のみ記入
-----	---------------

P8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。

その他の所見（20文字以内をご記入下さい）

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 1、S 2、S 3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（V1）	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）	80	ブルガダ型（coved）
		81	ブルガダ型（SB）

⑧ 眼底検査記入欄

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)						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	キースワグナー分類							
	0	I	IIa	IIb	III			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	シェイエ分類H							
	0	1	2	3	4			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	シェイエ分類S							
0	1	2	3	4				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Wong-Mitchell 分類								
所見なし	軽度	中等度	重度					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
糖尿病性網膜症								
SCOTT 分類								
Ia	Ib	II	IIIa	IIIb	IV	Va	Vb	VI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
その他の所見 (20文字以内でご記入下さい)								

網膜症なしをチェックした場合は、SCOTT分類及び改変DAVIS分類には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	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆血圧（以下 a、b のうちいずれか） <ul style="list-style-type: none"> 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） <ul style="list-style-type: none"> ※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、血圧・糖尿病・脂質異常症などの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。

A) 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) 2 1 数字のみ

選択欄以外の既往歴 (18文字以内でご記入下さい) 文字のみ記入 C)

受診票の、その他既往歴欄に【治療中】のチェックボックスがあります。

- 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、P12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) 具体的な既往歴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】欄に病名をご記入ください。1マス1文字で最大18文字まで記入できます。
 ※ (かっこ) 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) 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) E) 0 3 数字のみ
 その他の所見 (20文字以内でご記入下さい) F) 文字のみ記入

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) E) 0 3 数字のみ
 その他の所見 (20文字以内でご記入下さい) F) 文字のみ記入

(カッコ) や ・ も1文字です

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 12の自覚及び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

判断医師名 ケンシン タロウ OK

判断医師名 健診 太郎 OK

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。**

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

● 質問票 【特定健診用】 新様式

記入上の注意 悪い例

質問票

A04

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。	男・女	受付NO
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	歳	検体依頼書と同じ受付NO
住所	〒 市区町村	※市区町村よりご記入下さい。	日中連絡先 電話番号
被保険者等 記号	記号	番号	連絡可能な 時間帯

下記の質問に答え、該当する にチェックをして下さい。 ※ 校番は保険証に記載がある場合のみ数値2桁で記入して下さい。

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→ <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/>
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬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→ <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/>
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→ <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/>
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→ <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/>
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→ <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/>
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→ <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/>
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	はい→ <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/>
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (最近1か月間吸っている者で、生涯で6か月以上、または合計100本以上吸っている者)	はい→ <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/>
9	20歳のときの体重から10kg以上増加していますか。	はい→ <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/>
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→ <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/>
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→ <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/>
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→ <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/>
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。	何でもかめる <input type="checkbox"/> 時々かめない <input type="checkbox"/> ほとんどかめない <input type="checkbox"/>
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い <input type="checkbox"/>
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→ <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂らない <input type="checkbox"/>
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	はい→ <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/>
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。 (「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない) <input type="checkbox"/>
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(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・約500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、 ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・約60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上 <input type="checkbox"/>
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	はい→ <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/>
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。	意思なし <input type="checkbox"/> 意志あり(6か月以内) <input type="checkbox"/> 意志あり(近いうち) <input type="checkbox"/> 取組済み(6か月未満) <input type="checkbox"/> 取組済み(6か月以上) <input type="checkbox"/>
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	はい→ <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/>

※この帳票は2枚複写です。(1枚目 提出用、2枚目 貴院控え)

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

V1.0 提出用

● 質問票 【後期高齢者用】 変更なし

記入上の注意 悪い例

後期高齢者質問票

A03

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。	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	〒 ー ー ー ※市区町村よりご記入下さい。		連絡可能な 時間帯
市区町村			
被保険者証 記号・番号 (左詰めで記入して下さい)	記号 * * * * *	番号	

下記の質問に答え、該当する にチェックをして下さい。

No.	質問項目	回答	
③ 1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい→ <input type="checkbox"/>	まあよい→ <input type="checkbox"/>
		ふつう→ <input type="checkbox"/>	あまりよくない→ <input type="checkbox"/>
		よくない→ <input type="checkbox"/>	
2	毎日の生活に満足していますか	満足→ <input type="checkbox"/>	やや満足→ <input type="checkbox"/>
		やや不満→ <input type="checkbox"/>	不満→ <input type="checkbox"/>
3	1日3食きちんと食べていますか	はい→ <input type="checkbox"/>	いいえ→ <input type="checkbox"/>
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→ <input type="checkbox"/>	いいえ→ <input type="checkbox"/>
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい→ <input type="checkbox"/>	いいえ→ <input type="checkbox"/>
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい→ <input type="checkbox"/>	いいえ→ <input type="checkbox"/>
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→ <input type="checkbox"/>	いいえ→ <input type="checkbox"/>
8	この1年間に転んだことがありますか	はい→ <input type="checkbox"/>	いいえ→ <input type="checkbox"/>
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→ <input type="checkbox"/>	いいえ→ <input type="checkbox"/>
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→ <input type="checkbox"/>	いいえ→ <input type="checkbox"/>
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい→ <input type="checkbox"/>	いいえ→ <input type="checkbox"/>
12	あなたはたばこを吸いますか	吸っている→ <input type="checkbox"/>	吸っていない→ <input type="checkbox"/>
		やめた→ <input type="checkbox"/>	
13	週に1回以上は外出していますか	はい→ <input type="checkbox"/>	いいえ→ <input type="checkbox"/>
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	はい→ <input type="checkbox"/>	いいえ→ <input type="checkbox"/>
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→ <input type="checkbox"/>	いいえ→ <input type="checkbox"/>

※この帳票は2枚複写です。

(1枚目 提出用、2枚目 貴院控え)

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

バーコードラベルを
お貼りください。

◇受診票・質問票訂正例

<訂正の仕方>

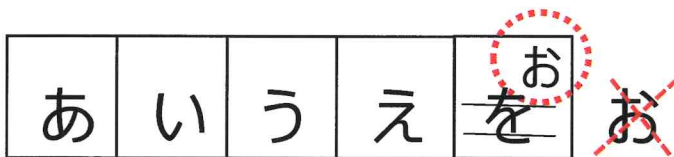
- ◆記入を間違えた場合は、書き直し出来るものは極力書き直しをお願いいたします。
- ◆報告書遅延の原因となりますので、ご協力のほどお願いいたします。
- ◆修正テープ等による修正はボックス自体の認識が出来なくなるのでお止めください。
- ◆やむを得ない場合は、下記の方法にて、訂正をお願いいたします。

■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

- ・受診券を提出いただく際は、**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

◇バーコードラベル添付

①「特定健診機関番号」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ID」バーコード・③問い合わせ番号ラベル

2

3

特定健診ID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IDバーコードをお貼りください。

■受診票の2枚目には、右上(③)に問合せ番号ラベルを必ずお貼りください。

実施機関で保管していただき、コールセンターなどにお問合せの際にこの番号が必要となります。

受診券コピー
(A4サイズ)

受診票

質問票

- 受診票・質問票は、1枚目を提出してください。2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、上記のように受診券・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・社保についても分けてご提出ください。
- 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LSIメディエンス担当営業所「埼玉営業所：048-662-2350」へお願いいたします。

◇血液検査依頼書

検査依頼書属性欄

採血日	20XX年6月3日	採血日は 特定健診受診日 と 同一日 になります。
氏名	0001 ケンシン タロウ	氏名欄の先頭に質問票に記入した 受付No.と同じ番号 をご記入ください。 4桁すべてをご記入ください。 (例：1の場合は0001となります)
カルテNo.	581	

カルテNo.欄には、**問合せ番号ラベルの下3桁のみ** 又は **下3桁を先頭にして** ご記入ください。
※別の番号やカナ氏名は記入しないでください

お問合せ番号ラベル
2009001248**581**

血液検査データと受診票・質問票の情報を突合させるために必要な情報ですので、記入間違いのないよう、確認をお願いいたします。

ご利用の検査センターにより4桁・3桁の記載場所が異なります。
詳しくは、ご利用の検査センターにお問合せ下さい。