

# 特定健康診査 詳細健診受診記録票

項 目		単位等	
貧 血	今回実施する理由	1. 問診    2. 診察	
	赤血球数	数字に○	
	血色素量	万/μl	
	ヘマトクリット値	g/dl	
心 電 図	今回実施する理由	数字に○	
	所見・判定区分	1. あり    2. なし	
		1. 軽度異常    2. 異常 3. 要観察      4. 要精密検査	
眼  底	今回実施する理由	数字に○	
	分類		
	<input type="checkbox"/> キースワグナー分類	1. 0    2. I    3. IIa 4. IIb    5. III    6. IV	数字に○
	<input type="checkbox"/> シェイエ分類S	1. 0    2. 1    3. 2 4. 3    5. 4	数字に○
	<input type="checkbox"/> シェイエ分類H	1. 0    2. 1    3. 2 4. 3    5. 4	数字に○
	<input type="checkbox"/> SCOTT分類	1. Ia    2. Ib    3. II 4. IIIa    5. IIIb    6. IV 7. Va    8. Vb    9. VI 0. 正常	数字に○
	その他の所見	1. あり    2. なし	数字に○

氏 名	(カタカナで記入してください)
受診券整理番号	

受診年月日	平成    年    月    日
特定健診機関番号	
医療機関名	
医 師 名	

《千葉県医師会》

**※必ず基本健診受診記録票に添付してください**

コピーしてお使いください。