

## 船員保険生活習慣病予防健診結果通知票記入上の注意(記入例については、裏面をご参照ください。)

### ●受診者の方へ

※太枠内は、受診者本人が必ず記入してください。  
 ※記入に誤りがないようご注意ください。

#### ～個人情報について～

カナ	① センボ ハナコ	③ 性別	④ 生年月日	⑤ 年齢	⑥	本人・船員保険 本人・国民健康保険 被扶養者・船員保険 被扶養者・国民健康保険
氏名	② 船保 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	43 年 4 月 17 日	56 分		
⑦ 郵便番号	〒	⑧ 船保番号	住所: 神奈川県	⑨ 健康保険証番号	⑩ 健康保険証番号	⑪ 健康保険証番号
住所	△△△-△△△△	神奈川県	横浜市△△△区△△△町△△△-△△△-△△	△△△△△マンション102		
家族名(船保所有者名)	△△△△△△△△△△ 漁業 株式会社	⑧ 0123456789	⑩ 000001	⑪ 01	⑫ 045-△△△-△△△△	⑬ 080-△△△-△△△△

- ①カナ氏名を記入してください。
- ②漢字氏名を記入してください。
- ③当てはまる性別に✓を入れてください。
- ④生年月日を記入してください。
- ⑤健診日当日の年齢を記入してください。
- ⑥当てはまる区分に✓を入れてください。(※国民健康保険の被扶養者の方はご受診できません)
- ⑦お住いの住所を郵便番号、アパート名・マンション名を含め記入してください。
- ⑧被保険者証の船舶所有者氏名を記入してください。(※国民健康保険もしくは任意継続の方は記入不要です。)
- ⑨被保険者証の記号10桁を記入してください。(※国民健康保険の方は記入不要です。)
- ⑩被保険者証の番号を記入してください。(※国民健康保険の方は記入不要です。)
- ⑪被保険者証の枝番を記入してください。(※国民健康保険もしくは被保険者証に枝番の記載がない方は記入不要です。)
- ⑫本人に直接連絡できる番号を市外局番から記入してください。(保健指導に関するご案内をする場合がございます。)

船員保険 被保険者証 家族(被扶養者) 令和X年XX月XX日 交付

記号 0123456789 番号 000001 (枝番) 01

① センボ ハナコ  
 ② 船保 花子  
 ④ 昭和43年4月17日  
 ⑤ 令和X年XX月XX日  
 ③ 性別 女

⑧ 船舶所有者氏名 △△△△△△△△△△ 漁業 株式会社

⑨ 保険者番号 021310011  
 ⑩ 保険者名称 全国健康保険協会 船員保険部  
 ⑪ 保険者所在地 千代田区富士見 2-7-2

※券面はみどり色

#### ～質問事項について～

質問内容を読んで該当する回答項目を✓してください。※回答欄を誤らないようご注意ください。

1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロール又は中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
4	脳卒中(脳出血、脳梗塞など)といわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

#### ～中略～

既往歴	病名	年齢	治療	経過観察中	放置	手術
あなたが今までに病気をしたことがあれば、その病名、年齢、経過を右の欄に記入してください。また、その病気について手術をしたことがあれば手術欄に✓を記入してください。	肺炎	31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	胃潰瘍	38	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### ●健診実施機関の方へ

※健診結果票は機械で読み取りしますので、はっきりとご記入ください。  
 ※記入に誤りがないようご注意ください。

#### ～受診日・受診内容・受診券No.について～

受診日(西暦) 2023 年 4 月 25 日 受診内容  総合健診  一般健診 受診券No. 24500123456

- ・受診日は西暦で記入してください。
- ・受診内容は該当するものいずれかに✓をしてください。  
 ※総合健診でのみ記載が必要となる検査項目についてはグレーにて網掛けしております。
- ・受診券No.は船員保険生活習慣病予防健診受診券<A5サイズ>の11桁の数字、または特定健康診査受診券(セット券)<はがきサイズ>の11桁の数字(受診券整理番号)を記入してください。

#### ～判定・総合判定について～

判定は、下記に該当する数字を✓してください。

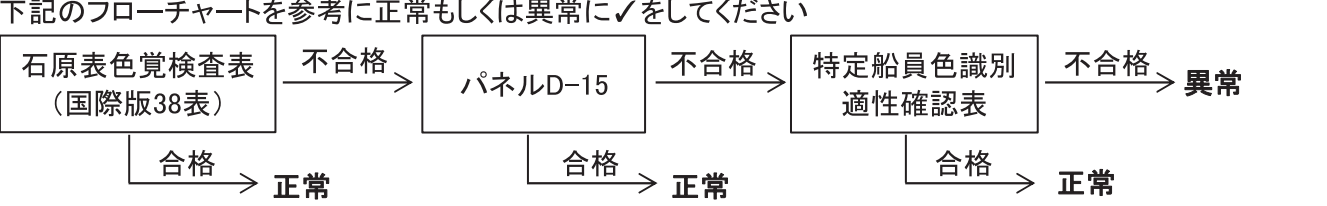
血圧	1回目	高	130	低	80
	2回目	高		低	
判定		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1.この検査の範囲では、異常がないもの  
 2.わずかに基準範囲を外れているが、日常生活に差し支えないもの  
 3.日常生活に注意を要し、経過の観察を要するもの  
 4.治療を要するもの  
 5.精密検査を要するもの  
 6.継続治療を要するもの

診断①	左高音性難聴	判定①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診断②	便潜血反応陽性	判定②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診断③	乳房石灰化像	判定③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診断④	糖尿病疑	判定④	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診断⑤	高血圧症	判定⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

総合判定欄は指導区分(判定)が3以上のものから優先して記入してください。

#### ～色覚について～



#### ～中性脂肪と血糖について～

採血 食後時間	10	時間	00	分
中性脂肪(mg/dl)	151			
血糖(mg/dl)	121			

食後時間で判別しますので、随時中性脂肪は中性脂肪の欄、随時血糖は血糖の欄に記入してください。  
 随時:3時間30分～10時間未満、空腹時:10時間以上  
 ※一般健診で食後3時間30分未満の場合は、血糖の代わりにHbA1cを実施してください。

#### ～記入内容の訂正について～

膜機能	血清アマラーゼ(U/l)	77	<del>77</del>
判定		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

訂正する場合は二重線で消してください。  
 訂正印は必要ありません。

船員保険 生活習慣病予防健診結果通知票 (記入例)

※左面枠内は受診者本人が記入してください。

Personal information form including name (船保 花子), sex (昭平), birth date (43.4.17), age (56), address (横浜市), and insurance details.

既往歴 (Past History) table with columns for disease name (e.g., 肺炎, 胃潰瘍), age, treatment status, and surgery.

船員保険会記入欄 (船員保険会 entry section) with a grid for recording past medical history.

Physical examination results table with columns for various body parts (e.g., 心電, 腹X, 胸X) and their corresponding findings.

Body measurement and clinical examination results including height (166.9 cm), weight (66.5 kg), blood pressure (130/80), and various lab test results.

Diagnosis summary table listing 10 conditions (e.g., 左高音性難聴, 便潜血反応陽性) and their respective diagnosis status.

Laboratory test results section containing detailed data for liver function, lipids, hematology, and clinical chemistry.

Diagnosis and treatment guidance table including diagnosis numbers, treatment status, and implementation level.

Diagnosis and treatment plan section including diagnosis numbers, treatment status, implementation level, and a table for the treatment plan (e.g., 観察, 経過観察).

保健指導 (Health Guidance) section with checkboxes for implementation status and information provision.

判定基準 (Judgment Criteria) section with checkboxes for different levels of diagnosis and treatment.

健診実施機関 (Health Examination Institution) section with fields for location, name, and doctor.





船員保険 生活習慣病予防健診結果通知票 (船員保険会用) ※左面枠内は受診者本人が記入してください。

Personal information section including name, sex, date of birth, age, address, and insurance details.

Main questionnaire section with 22 numbered questions regarding health status, lifestyle, and medical history.

既往歴 (Past History) table with columns for disease name, age, treatment, and surgery.

船員保険会記入欄 (船員保険会記入欄) section for additional notes and checkboxes.

Summary table for examination results, listing various tests (e.g., blood pressure, vision, chest X-ray) and their corresponding results.

Physical examination and laboratory test results section, including vital signs, vision, hearing, and various blood/urine tests.

Additional laboratory test results section, including liver function, lipids, hematology, and clinical chemistry.

Diagnosis and management section, including diagnosis results, management recommendations, and a table for specific test results like Scheie-S and Wong-Mitchell.



船員保険 生活習慣病予防健診結果通知票 (実施機関用) ※左面枠内は受診者本人が記入してください。

カナ	性別	生年月日	年齢	区分
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日		<input type="checkbox"/> 本人・船員保険 <input type="checkbox"/> 本人・国民健康保険 <input type="checkbox"/> 被扶養者・船員保険 <input type="checkbox"/> 対象外 被扶養者・国民健康保険
住所	郵便番号	都道府県	住所・番地	マンション・アパート名
会社名(船舶所有者名)	健康保険証記号	健康保険証番号	健康保険証持番	※ご本人様に直接連絡できる電話番号をご記入ください。 自宅電話番号 携帯電話番号

1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロール又は中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	脳卒中(脳出血、脳梗塞など)といわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	心臓病(狭心症、心筋梗塞)といわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	慢性腎臓病や腎不全といわれたり、治療(人工透析など)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1: 最近1か月間吸っている 条件2: 生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい (条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない <input type="checkbox"/> いいえ (上記以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
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。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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	<input type="checkbox"/> 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"/> 月に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
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれ位ですか。 ※日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	<input type="checkbox"/> 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
20	睡眠で休養が十分にとれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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"/> 6ヶ月以内に行動を変える気がない <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に行動を変える気がある <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内に行動を変える気がある <input type="checkbox"/> 行動を変えて6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 行動を変えて6ヶ月以上
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

**既往歴**  
あなたが今までに病気をしたことがあれば、その病名、年齢、経過を右の欄に記入してください。また、その病気について手術をしたことがあれば手術欄に✓を記入してください。

病名	年齢	治療	経過	経過観察中	放置	手術
		<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

船員保険会記入欄 (記入不要)

既往①	既往⑤
既往②	既往⑥
既往③	既往⑦
既往④	

診察	胃X①	胃X②	胃X③	腹X	胸X①	胸X②	胸X③	クラス	ベセ	Wong	変更	総合④
心電①								子宮①		眼底①		総合⑤
心電②								子宮②		眼底②		総合⑥
心電③								子宮③		眼底③		総合⑦
胸X①								マンモ①		総合①		総合⑧
胸X②								マンモ②		総合②		総合⑨
胸X③								マンモ③		総合③		総合⑩

身長(cm)	体重(kg)
BMI	腹囲(cm)
握力(kg) 右	左
裸眼 右	左
矯正 右	左
眼圧 右	左
色覚	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
1000Hz	<input type="checkbox"/> 所見無し <input type="checkbox"/> 所見あり
4000Hz	<input type="checkbox"/> 所見無し <input type="checkbox"/> 所見あり
簡易聴力	<input type="checkbox"/> 所見無し <input type="checkbox"/> 所見あり
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
肺活量(cc)	
努力性肺活量(cc)	
%努力性(%)	
1秒量(cc)	
1秒率(%)	
%1秒量(%)	
ピークフロー(1/秒)	
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
1回目 高	低
2回目 高	低
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
蛋白	<input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/>
ウロビリ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ケトン体	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
比重	PH
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
尿酸素(mg/dl)	
クレアチニン(mg/dl)	
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
尿酸(mg/dl)	
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
血糖(mg/dl)	
HbA1c(NGSP法)(%)	
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
1回目	2回目
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
虫卵	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

総蛋白(g/dl)	
アルブミン(g/dl)	
A/G比	
総ビリルビン(mg/dl)	
AST(GOT)(U/l)	
ALT(GPT)(U/l)	
ALP(IFCC法)(U/l)	
γ-GTP(U/l)	
LDH(U/l)	
CHE(U/l)	
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
総コレステロール(mg/dl)	
中性脂肪(mg/dl)	
HDLコレステロール(mg/dl)	
LDLコレステロール(mg/dl)	
non-HDLコレステロール(mg/dl)	
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
赤血球数(×10 <sup>4</sup> /μl)	
白血球数(/μl)	
ヘモグロビン(g/dl)	
ヘマトクリット(%)	
血小板数(×10 <sup>4</sup> /μl)	
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Neut(好中球)(%)	
Baso(好塩基球)(%)	
Eosino(好酸球)(%)	
Lympho(リンパ球)(%)	
Mono(単球)(%)	
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
HBs抗原	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
HCV抗体	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
血清アミラーゼ(U/l)	
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
カルシウム(mg/dl)	
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
CRP(mg/dl)	ASLO(IU/ml)
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
TPHA	RPR
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
PSA(ng/ml)	
判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

診断①	判定①	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
診断②	判定②	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
診断③	判定③	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
診断④	判定④	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
診断⑤	判定⑤	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
診断⑥	判定⑥	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
診断⑦	判定⑦	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
診断⑧	判定⑧	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
診断⑨	判定⑨	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
診断⑩	判定⑩	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

理学	診断	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
心電図	診断	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
胸部X線	診断	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
胃部	区分	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 内視鏡
胃部	診断	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
腹部X線	診断	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
腹部超音波	診断	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
子宮	クラス	ベセスダ
子宮	内診診断	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
乳房X線	診断	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
眼底	Scheie-S	Scheie-H
眼底	K-W分類	Scott
眼底	Wong-Mitchell	
眼底	改変Davis	
眼底	診断	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
尿沈渣I	<視野>A=数視野, B=各視野, C=全視野, D=HPF, E=WF	
尿沈渣I	種類	標準化値
尿沈渣I	白血球	-
尿沈渣I	赤血球	-
尿沈渣I	扁平上皮	-
尿沈渣I	移行上皮	-
尿沈渣I	硝子円柱	-
尿沈渣I	顆粒円柱	-
尿沈渣I	判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
尿沈渣II	粘液系	- ± + 2+ 3+ 4+
尿沈渣II	細菌	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
尿沈渣II	尿酸カルシウム	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
尿沈渣II	尿酸結晶	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
尿沈渣II	炭酸カルシウム	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
尿沈渣II	真菌	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
尿沈渣II	判定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

保健指導  実施・実施予定  実施しない  初回分割面談実施  
 階層化  積極的  動機付け  情報提供  判定不能

<判定基準> [1]異常なし [2]観察 [3]要経過観察 [4]要治療 [5]要精密検査 [6]継続治療

所在地  
 名称  
 医師