

網掛け部分は必須項目です

NO	項目名	単位	記録内容	備考	入力例
1	実施年月日			YYYYMMDD 西暦で入力	
2	学校記号番号			00A0000 半角7桁	13A9999
3	個人番号			00000 半角5桁	00001
4	枝番		不明な場合、省略できます。	半角2桁	00
5	カナ氏名			全角カタカナのみ	シガク タロウ
6	生年月日			YYYYMMDD	19630802
7	男女区分		1:男、2:女		1
8	身長	cm		小数点以下1桁	175.5
9	体重	kg		小数点以下1桁	70.5
10	BMI	kg/m <sup>2</sup>		小数点以下1桁	22.9
11	腹囲	cm	「11:内臓脂肪面積」の測定があれば省略できます。	小数点以下1桁	92.5
12	内臓脂肪面積	cm <sup>2</sup>	「10:腹囲」の測定があれば省略できます。	小数点以下1桁	45.6
13	最高血圧(収縮期血圧)	mmHg		整数で入力	130
14	最低血圧(拡張期血圧)	mmHg		整数で入力	80
15	HDLコレステロール	mg/dl		整数で入力	45
16	LDLコレステロール	mg/dl		整数で入力	70
17	NON-HDLコレステロール	mg/dl	「15:LDLコレステロール」があれば省略できます。 ※食直後または中性脂肪が400mg/dl以上の場合に記載ください。	整数で入力	100
18	中性脂肪	mg/dl		整数で入力	140
19	GOT(AST)	IU/l		整数で入力	35
20	GPT(ALT)	IU/l		整数で入力	35
21	γGTP	IU/l		整数で入力	50
22	空腹時血糖	mg/dl	「22:HbA1C」の測定があれば省略できます。	整数で入力	100
23	HbA1c	%	「21空腹時血糖」の測定があれば省略できます。	少数点以下1桁	5.2
24	随時血糖	mg/dl	「22:HbA1C」の測定があれば省略できます。※食後3.5時間以上から10時間までの場合に記載ください。	整数で入力	100
25	尿糖		定性結果を下記コードで入力してください。 1:ー、2:±、3:＋、4:++、5:+++、6:++++以上、7:排尿障害等で尿検査が実施できない場合		1
26	尿蛋白		定性結果を下記コードで入力してください。 1:ー、2:±、3:＋、4:++、5:+++、6:++++以上、7:排尿障害等で尿検査が実施できない場合		1
27	他覚症状		所見分類を下記コードで入力してください。 1:特記すべきことあり、2:特記すべきことなし		1
28	他覚症状所見		「26:他覚症状」、「2:特記すべきことなし」の場合は省略できます。		心雑音あり
29	既往歴		所見分類を下記コードで入力してください。 1:特記すべきことあり、2:特記すべきことなし		2
30	具体的な既往歴		「28:具体的な既往歴」、「2:特記すべきことなし」の場合は省略できます。		肝機能障害
31	自覚症状		所見分類を下記コードで入力してください。 1:特記すべきことあり、2:特記すべきことなし		1
32	自覚症状所見		症状名を入力してください。「30:自覚症状」、「2:特記すべきことなし」の場合は省略できます。		めまい
33	服薬1(血圧)		服薬の有無を以下のコードで入力ください。 1:はい(服薬あり)、2:いいえ(服薬なし)		1
34	服薬2(血糖)		服薬の有無を以下のコードで入力ください。 1:はい(服薬あり)、2:いいえ(服薬なし)		1
35	服薬3(脂質)		服薬の有無を以下のコードで入力ください。 1:はい(服薬あり)、2:いいえ(服薬なし)		1
36	病歴(脳血管疾患)		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るか以下のコードで入力ください。 1:あり、2:なし		1
37	病歴(心血管)		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るか以下のコードで入力ください。 1:あり、2:なし		1
38	病歴(腎不全・人工透析)		医師から慢性腎不全にかかっているといわれたり、治療を受けていますか以下のコードで入力ください。 1:あり、2:なし		1
39	喫煙区分		状況を以下のコードで入力ください。 1:吸っている、2:吸っていない		1
40	病歴(貧血)		医師から貧血といわれたことがあるか以下のコードで入力ください。 1:あり、2:なし		1
41	20歳から10kg以上の体重増		状況を以下のコードで入力ください。 1:はい、2:いいえ		2
42	30分以上の運動習慣		状況を以下のコードで入力ください。 1:はい、2:いいえ		2
43	身体活動を1日1時間以上		状況を以下のコードで入力ください。 1:はい、2:いいえ		2
44	歩行速度 同性同年齢比較で速い		状況を以下のコードで入力ください。 1:はい、2:いいえ		1
45	咀嚼機能		状況を以下のコードで入力ください。 1:何でもかんで食べることができる 2: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 3:ほとんどかめない		2
46	食べ方(早食い)		状況を以下のコードで入力ください。 1:速い、2:ふつう、3:遅い		1

47	就寝前2H以内 夕食3回/週		状況を以下のコードで入力ください。 1: はい、2: いいえ		1
48	間食習慣		状況を以下のコードで入力ください。 1: 毎日、2: 時々、3: ほとんど摂取しない		1
49	朝食抜き 3回/週		状況を以下のコードで入力ください。 1: はい、2: いいえ		2
50	飲酒習慣		状況を以下のコードで入力ください。 1: 毎日、2: 時々、3: ほとんど飲まない		1
51	飲酒量 (飲酒日)		状況を以下のコードで入力ください。 1: はい、2: いいえ		3
52	睡眠で休養 がとれる		状況を以下のコードで入力ください。 1: はい、2: いいえ		2
53	生活習慣 改善意識		状況を以下のコードで入力ください。 1: 改善するつもりはない 2: 改善するつもりである 3: 近いうちに改善するつもり 4: すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5: すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)		2
54	保健指導 利用希望		状況を以下のコードで入力ください。 1: はい、2: いいえ		2
55	腹囲測定法		測定方法を下記から選択しコードを入力ください。 1: 実測、2: 自己測定、3: 自己申告	内臓脂肪面積の測定が あれば不要	1
56	最高血圧測定回数		測定条件等を下記から選択しコードを入力ください。 1: その他(1回目、2回目双方測定可能な値を取得。平均値を入力) 2: 1回目(1回目のみ有効な値) 3: 2回目(2回目のみ有効な値)	不明の場合は「1」を入力	1
57	最低血圧測定回数		測定条件等を下記から選択しコードを入力ください。 1: その他(1回目、2回目双方測定可能な値を取得。平均値を入力) 2: 1回目(1回目のみ有効な値) 3: 2回目(2回目のみ有効な値)	不明の場合は「1」を入力	1
58	HDLコレステロール測定法		実施した検査方法を下記から選択しコードを入力ください。 01: 可視吸光光度法、02: UV法、99: その他(不明の場合を含む)	不明の場合は「99」を入 力	02
59	LDLコレステロール測定法		実施した検査方法を下記から選択しコードを入力ください。 01: 可視吸光光度法、02: UV法、03: 計算法、99: その他(不明の場合を含む)	不明の場合は「99」を入 力	02
60	中性脂肪測定法		実施した検査方法を下記から選択しコードを入力ください。 01: 可視吸光光度法、02: UV法、99: その他(不明の場合を含む)	不明の場合は「99」を入 力	02
61	GOT(AST)測定法		実施した検査方法を下記から選択しコードを入力ください。 02: UV法、99: その他(不明の場合を含む)	不明の場合は「99」を入 力	02
62	GPT(ALT)測定法		実施した検査方法を下記から選択しコードを入力ください。 02: UV法、99: その他(不明の場合を含む)	不明の場合は「99」を入 力	02
63	γ GTP測定法		実施した検査方法を下記から選択しコードを入力ください。 01: 可視吸光光度法、99: その他(不明の場合を含む)	不明の場合は「99」を入 力	01
64	空腹時血糖測定法		実施した検査方法を下記から選択しコードを入力ください。 01: 可視吸光光度法、02: UV法、03: 電位差法、99: その他(不明の場合を含む)		03
65	HbA1c測定法		実施した検査方法を下記から選択しコードを入力ください。 14: ラテックス凝集比濁法、15: HPLC、16: 酵素法、89: その他(不明の場合を含む)		05
66	随時血糖測定法		実施した検査方法を下記から選択しコードを入力ください。 01: 可視吸光光度法、02: UV法、03: 電位差法、99: その他(不明の場合を含む)		03
67	尿糖定性区分		実施した検査方法を下記から選択しコードを入力ください。 1: 試験紙法(機械読み取り)、2: 試験紙法(目視法)	不明の場合は「2」を入力	1
68	尿蛋白定性区分		実施した検査方法を下記から選択しコードを入力ください。 1: 試験紙法(機械読み取り)、2: 試験紙法(目視法)	不明の場合は「2」を入力	1
69	赤血球	万/mm <sup>3</sup>		整数で入力	450
70	血色素量	g/dl		小数点以下1桁	13.5
71	ヘマトクリット	%		小数点以下1桁	38.5
72	貧血検査実施理由				医師の判断による
73	心電図(所見の有無)		所見分類を下記のコードで入力ください。 1: 所見あり、2: 所見なし		1
74	心電図所見				ST異常
75	心電図実施理由				医師の判断による
76	眼底検査 (シェイエ分類:H)		結果を下記コードで入力ください。 1: 0、2: 1、3: 2、4: 3、5: 4		1
77	眼底検査 (シェイエ分類:S)		結果を下記コードで入力ください。 1: 0、2: 1、3: 2、4: 3、5: 4		1
78	眼底検査 (キースワグナー分類)		結果を下記コードで入力ください。 1: 0、2: 1、3: 2、4: 3、5: 4		1
79	眼底検査 (SCOTT分類)		結果を下記コードで入力ください。 異常なしの場合は空欄にしてください。 1: I(a)、2: I(b)、3: II、4: III(a)、5: III(b)、6: IV、7: V(a)、8: V(b)、9: VI		1
80	眼底検査 (Wong-Mitchell分類)		結果を下記コードで入力ください。 1: 所見なし、2: 軽度、3: 中等度、4: 重度		1
81	眼底検査 (改変Davis分類)		結果を下記コードで入力ください。 1: 網膜症なし、2: 単純網膜症、3: 増殖前網膜症、4: 増殖網膜症		1
82	眼底検査 (その他の所見)		その他の所見の判定方法を用いている場合については、本欄に所見を記載してください。また、SCOTT分類を用いている場合で異常がない場合においては、その旨を記載してください。		黄斑部変性
83	眼底検査実施理由				医師の判断
84	血清クレアチニン	mg/dl		小数点以下2桁	0.90
85	血清クレアチニン測定法		実施した検査方法を下記から選択しコードを入力ください。 01: 可視吸光光度法、99: その他(不明の場合を含む)		01
86	血清クレアチニン実施理由				医師の判断
87	eGFR	mL/min/1.73m <sup>2</sup>		小数点以下1桁	38.5

88	健診種別		030: 事業者健診(労働安全衛生法に基づく健診) 040: 学校健診(学校保健法に基づく職員健診) 990: 上記いずれでもない健診(検診)		030
89	健診機関番号			不明な場合は 6631111116を入力	1122334455
90	健診機関名称			不明の場合は不明と入力	私学健診センター
91	健診機関郵便番号			不明の場合は000-0000 と入力	123-4567
92	健診機関所在地			不明の場合は不明と入力	東京都文京区湯島1 -1-1
93	健診機関電話番号			不明の場合は000-000- 0000と入力	03-3479-1312
94	医師の診断(判定)		健診機関での医師の診断(総合判定)を入力ください。 不明の場合は「特になし」と入力ください。		経過観察
95	健診実施医師名		総合判定を行った医師の名前を入力ください		健康 次郎