

千葉県医師会特定健診集合契約における電子化代行について

1 質問票への記入

【受診券についての注意点】

※**受診券の年度違いにご注意ください**

昨年度の受診券を誤って持参される受診者様がいらっしゃいます。

受診の際は必ず今年度の受診券を持参していただいでください。

※**受診券と保険証に記載されている、保険者名・保険者番号のご確認をお願いします**

転職などで保険者(例:協会けんぽ〇〇支部)が変更されている場合がございます。

受診日時点での加入保険者の受診券ではないと支払代行機関様(国保連合会・支払基金)より診療報酬が支払われません。受診の際は必ず受診日時点での保険者の受診券かどうかご確認ください。

※**契約とりまとめ機関名にご注意ください**

集合Bと記載がない場合は千葉県医師会契約としては報告できません。

※**保健指導利用券にご注意ください**

保健指導利用券を持参されているにもかかわらず、特定健診を受診させてしまった場合は診療報酬が支払われません。特定健診受診券以外のものではないか必ずご確認ください。

1枚目 千葉県医師会 特定健康診査・健康診査質問票 受診者記入用

| | | | | | | |
|------------|-------|-------|------------|---|------------|-----------|
| 住所 | 〒 | | - | | 市・区 町・村 | |
| カナ氏名 | | | | | | |
| 生年月日 | (1)明治 | (2)大正 | (3)昭和 | 年 | 月 | 日 |
| 受診券番号 | | | 有効期限 | 2 | 0 | 年 月 日 |
| 保険者番号 | | | | | 性別 | (1)男 (2)女 |
| 健診受診 記号 | | | 健診受診 番号 | | | |

・**〒は忘れなく**
・**氏名はカタカナで**
受診者本人が記載される場合には、必ず医療機関でチェックしてください。(複写なので強めにご記入下さい。)

| 質問票項目 | 質問 | 選択肢 | 回答 |
|-------|---|-------------------------------------|----|
| 1 | 血圧を下げる薬を使用していますか | (1)はい (2)いいえ | |
| 2 | 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 | (1)はい (2)いいえ | |
| 3 | コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか | (1)はい (2)いいえ | |
| 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 | (1)はい (2)いいえ | |
| 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 | (1)はい (2)いいえ | |
| 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 | (1)はい (2)いいえ | |
| 7 | 医師から貧血と言われたことがある | (1)はい (2)いいえ | |
| 8 | 現在、たばこを習慣的に吸っている(※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6か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) | (1)はい (2)いいえ | |
| 9 | 20歳の時の体重から10kg以上増加している | (1)はい (2)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 | (1)はい (2)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 | (1)はい (2)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 | (1)はい (2)いいえ | |
| 13 | 食事をかんで食べるときの状態はどれにあてはまりますか (1)何でもかんで食べることができ、かみやすい部分があり、かみにくいことがある (2)歯や歯ぐき、かみやすい部分がある (3)ほとんどかんで食べることができない | (1)早い (2)普通 (3)遅い | |
| 14 | | (1)はい (2)いいえ | |
| 15 | | (1)毎日 (2)時々 (3)ほとんど摂取しない | |
| 16 | | (1)はい (2)いいえ | |
| 17 | | (1)毎日 (2)時々 (3)ほとんど飲まない (飲めない) | 3 |
| 18 | お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度 | (1)毎日 (2)時々 (3)ほとんど飲まない (飲めない) | 3 |
| 19 | 飲酒日の1日当たりの飲酒量 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1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) | (1)1合未満 (2)1~2合未満 (3)2~3合未満 (4)3合以上 | 1 |
| 20 | 睡眠で休養が十分とれている | (1)はい (2)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 (1)改善するつもりはない (2)改善するつもりである(概ね6か月以内) (3)近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている (4)既に改善に取り組んでいる(6か月未満) (5)既に改善に取り組んでいる(6か月以上) | | |
| 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 | (1)はい (2)いいえ | |

質問1・2・3・8は必須項目です。

複写式のため
太枠以外の部分には
記入しないでください。

質問18で「(3)飲まない」と回答された場合、質問19は「(1)~1合」になります。

- ・太枠線の中の項目をご記入ください。
- ・質問への回答は、強めにしっかりとした大きな字で、太枠線の中に数字を記入してください。
- ・この用紙は、折り曲げないでください。

千葉県医師会特定健診集合契約における電子化代行について

2 記録票への記入

| 2枚目 | | 千葉県医師会 特定健康診査記録票 | | | | | | | | | | 代行入力提出用 | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------|------------------------------|------------------------------------|---|-------------|----|---|---|---|----|-----------|--|
| 住所 〒 | | 市・区 町・村 | | | | | | | | | | | |
| カナ氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | (1)大 (2)正 (3)昭和 | 年 | 月 | 日 | 受診券 有効期限 | 20 | 年 | 月 | 日 | 性別 | | |
| 受診券番号 | | 保険者番号 | | | | | | | | | | (1)男 (2)女 | |
| 被保険者 記号 | | 被保険者 番号 | | | | | | | | | | | |
| 基本項目 | | | | 詳細項目 | | | | | | | | 質問票 | |
| ※測定出来なかった項目は「測定不能」の欄内にチェックを付けて下さい。 | | | | ※測定出来なかった項目は「測定不能」の欄内にチェックを付けて下さい。 | | | | | | | | | |
| 既往歴 | 所見 (所見内容) | (1)あり (2)なし | | 今回実施する理由 (1)質問票 (2)診察 | | | | | | | | 1 | |
| | 所見 (所見内容) | (1)あり (2)なし | | 赤血球数 | | | | | | | | 2 | |
| 自覚症状 | 所見 (所見内容) | (1)あり (2)なし | | 血色素量 | | | | | | | | 3 | |
| | 所見 (所見内容) | (1)あり (2)なし | | ヘマトクリット値 | | | | | | | | 4 | |
| 他覚症状 | 所見 (所見内容) | (1)あり (2)なし | | 心電図 | | | | | | | | 5 | |
| | 所見 (所見内容) | (1)あり (2)なし | | 所見・判定区分 | | | | | | | | 6 | |
| 身体計測 | 身長 | | cm | 腎臓病治療に基づき 今回実施する理由 | | | | | | | | 7 | |
| | 体重 | | kg | キースワグナー分類 | | | | | | | | 8 | |
| 血圧 | BMI | | | シェイエ分類S | | | | | | | | 9 | |
| | 収縮期 【130mmHg未満】 | | mmHg | シェイエ分類H | | | | | | | | 10 | |
| 尿糖 | 拡張期 【85mmHg未満】 | | mmHg | SCOTT分類 | | | | | | | | 11 | |
| | 尿糖 (1)-(2)± (3)+ (4)++ (5)+++ | | | Wong-Mitchell分類 | | | | | | | | 12 | |
| 尿蛋白 | 尿蛋白 (1)-(2)± (3)+ (4)++ (5)+++ | | | 改変Davis分類 | | | | | | | | 13 | |
| | HbA1c (NGSP値) 【5.6%未満】 | | % | その他所見 | | | | | | | | 14 | |
| 脂質 | 空腹血糖 (100mg/dl以上) 【100mg/dl未満】 | | mg/dl | 項目名 | | | | | | | | 15 | |
| | 中性脂肪 【150mg/dl未満】 | | mg/dl | メタボリックシンドローム判定 | | | | | | | | 16 | |
| 血中脂質 | HDLコレステロール 【40mg/dl以上】 | | mg/dl | 医師の判断 | | | | | | | | 17 | |
| | LDLコレステロール 【150mg/dl未満】 | | mg/dl | コメント | | | | | | | | 18 | |
| 肝機能 | non-HDLコレステロール 【150mg/dl未満】 | | mg/dl | 実施情報・提出先 | | | | | | | | 19 | |
| | A.S.T (GOT) 【31U/l未満】 | | U/l | 実施日 | | | | | | | | 20 | |
| 腎機能 | A.L.T (GPT) 【31U/l未満】 | | U/l | 実施機関番号 | | | | | | | | 21 | |
| | γ-GT (γ-GTP) 【51U/l未満】 | | U/l | 実施機関名称 | | | | | | | | 22 | |
| 【 】内は基準値 | | | | ※詳細項目クレアチニンは2019年度より必須項目となりました | | | | | | | | | |
| クレアチニン | | | mg/dl | 医師の氏名 | | | | | | | | | |
| eGFR | | | ml/min 1.73m ² | | | | | | | | | | |

既往歴・自覚・他覚症状に「(1)あり」と記載された場合は、「(所見内容)」にも記載をお願い致します。

BMI、eGFRの値は記載していただいたものではなく、システム自動算出の数値で支払代行機関様へご報告します

貧血・心電図・眼底それぞれの検査は、実施された方のみ記載をお願いします。また、実施された場合は「今回実施する理由」以外の検査結果も必ず記載をお願いします。記載漏れにより過誤手続きが必要になった場合は、医療機関様にてご対応をお願いいたします。

HbA1cはNGSP値での報告になります。

Non-HDLコレステロールはLDLコレステロールに代えて報告することが可能です。※基本的にはLDLコレステロールでのご対応をお願いします。

・実施機関番号(10桁)
・実施機関名
・医師の氏名
はっきりと見やすく記入をお願い致します。

実施機関名・医師の氏名がスタンプの場合は2枚目以降4枚目まで押すようにしてください。

クレアチニンは2019年度、**必須項目**になります。

千葉県医師会特定健診集合契約における電子化代行について

3 記録票記入漏れについての対応

入力票を提出いただく中で「記載漏れ」の場合、事務的な判断で、以下のような対応をさせていただきます。なお、どうしても判別のつかない場合は、医療機関ご担当者様宛てに **ICheck株式会社** からご確認のFAX・お電話をいたしますので、速やかにご回答下さい。ご了承の程宜しくお願いいたします。

【基本項目】は原則必須項目になります。記載漏れのないよう、ご確認をお願いします。実施不可の項目があった際は、検査結果右枠の「測定不能」欄へ☑を記載してください。

既往歴、自覚、他覚症状に記載をされた場合、必ず所見を「(1)あり」として下さい。何も記載がない場合は、全て「(2)なし」で処理いたします。

医師の判断が未記載の場合、「特記事項なし」で処理いたします。また、下段の「コメント」部分につきましては支払代行機関様への提出データには含まれません。医療機関様から受診者様にご説明される際にご活用ください。

| 2枚目 | | 千葉県医師会 特定健康診査記録票 | | | | | | | | | | 代行入力提出用 | | | | | | | |
|----------|----------------|-----------------------------|---|---|---------------------------|---------|----|---|---|---|--------------|---------|--|-----|--|---|--|---|--|
| 受診者情報 | 住所 | 〒 - 市・区・町・村 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | カナ氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | (1)大正 (2)昭和 | 年 | 月 | 日 | 受診券有効期限 | 20 | 年 | 月 | 日 | 性別 (1)男 (2)女 | | | | | | | | |
| | 受診券番号 | 保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基礎疾患番号 | 特記事項番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基本項目 | | | | | | | | | | | | 詳細項目 | | 質問票 | | | | | |
| 既往歴 | 所見 (所見内容) | 測定不能 | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | |
| | (1)あり | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | |
| | (2)なし | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | |
| 自覚症状 | 所見 (所見内容) | 測定不能 | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | |
| | (1)あり | | | | | | | | | | | 5 | | | | | | | |
| | (2)なし | | | | | | | | | | | 6 | | | | | | | |
| 他覚症状 | 所見 (所見内容) | 測定不能 | | | | | | | | | | 7 | | | | | | | |
| | (1)あり | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | |
| | (2)なし | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| 身体計測 | 身長 | | | | | cm | | | | | | | | | | | | | |
| | 体重 | | | | | Kg | | | | | | | | | | | | | |
| | BMI | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血圧 | 収縮期 | | | | | mmHg | | | | | | | | | | | | | |
| | 拡張期 | | | | | mmHg | | | | | | | | | | | | | |
| | 尿糖 | (1)- (2)± (3)+ (4)++ (5)+++ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血糖 | 空腹血糖 | | | | | mg/dl | | | | | | | | | | | | | |
| | HbA1c (NGSP値) | | | | | % | | | | | | | | | | | | | |
| | 中性脂肪 | | | | | mg/dl | | | | | | | | | | | | | |
| 脂質 | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 肝機能 | A.S.T (GOT) | | | | | UI | | | | | | | | | | | | | |
| | A.L.T (GPT) | | | | | UI | | | | | | | | | | | | | |
| | γ-GT (γ-GTP) | | | | | UI | | | | | | | | | | | | | |
| 腎機能 | | | | | | | | | | | | 判定 | | 質問票 | | | | | |
| クレアチニン | | | | | mg/dl | | | | | | | | | | | | | | |
| eGFR | | | | | ml/min/1.73m ² | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施情報・提出先 | | | | | | | | | | | | 項目名 | | 質問票 | | | | | |
| 実施日 | | | | | | | | | | | | 20 | | 年 | | 月 | | 日 | |
| 実施機関番号 | | | | | | | | | | | | 1 | | 2 | | | | | |
| 実施機関名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

クレアチニンは2019年度、**必須項目**になります。

千葉県医師会特定健診集合契約における電子化代行について

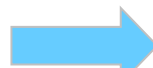
4 不備データヒアリングの流れ

医療機関様をご記入頂く記録票に不備があった際は**ICheck株式会社**(入力業者)よりFAX、もしくはお電話にてヒアリングをおこないます。ご連絡があった場合は速やかに確認を行いご回答をお願い致します。

①不備内容の確認

2枚目 千葉県医師会 特定健康診査記録票 代行入力提出用

| | | |
|-------|-------------------|------------------|
| 住所 | 〒 | 市・区・町・村 |
| カナ氏名 | | |
| 生年月日 | (1)明治 (2)大正 (3)昭和 | 年 月 日 |
| 受診券番号 | 2110000012 | 受診券有効期限 20 年 月 日 |
| 性別 | | (1)男 (2)女 |



上記のように受診券整理番号が1桁足りない場合など不備があった際は弊社のスタッフよりご連絡をさせていただきます。

②医療機関様へ問い合わせ

ICheck株式会社と申します。
千葉県医師会様より特定健診結果のデータ作成業務を代行させて頂いております。
この度、下記の健診結果に不備がございましたので、該当箇所をご確認後、訂正内容をご記入の上、
7月19日(月) までに下記宛先までご返信ください。お手数ではございますが、何卒宜しくお願い致します。
また、ご不明な点等ございましたらお気軽にお問い合わせ下さいませ。
尚、ご回答が期日に間に合わない場合は、次月へ繰越とさせていただきますので、ご了承下さいませ。

ICheck株式会社 FAX:050-3737-2235 ☎:03-5839-2575

| 氏名 | 生年月日 | 受診日 | 確認箇所(不備内容) | 訂正内容(※ここに記入して下さい) |
|------------|------------|------------|-----------------|-------------------|
| トクテイタロウ 特定 | 1950/06/25 | 2021/07/01 | 受診券整理番号(未記入) | |
| ホケンミカ 後期 | 1959/12/25 | 2021/07/02 | 腹囲(異常値(ご確認下さい)) | |

※ 不備の返信については期限内に早急なご返信をお願い致します。

訂正内容をご記入下さい。



上記のようにFAX、またはお電話にてご連絡を差し上げます。医療機関様は不備の項目をご確認頂き、FAXであれば訂正内容の欄に記入後に**ICheck株式会社**へご返信下さいませ。お電話であれば速やかにお答え頂けるようお願い致します。

③その後の流れ

※回答期限を過ぎたものは翌月請求に繰越

医療機関様



正常データ

エラー回答

データ統合

健診システム



支払代行機関様



※ ヒアリングの回答が頂けない場合や回答を頂くのが遅い場合は当月処理として報告できない場合がございます。