

どこでも MY 病院糖尿病記録に関する CDA 作成ガイドライン

1. はじめに

1.1. 目的

本手引きは、糖尿病診断、研究などにおいて共通に情報収集するための項目(以下 ミニマム項目という)を、HL7 CDA(Clinical Document Architecture) R2 に則り記述するための手引きである。本書は、特定健診仕様にできるだけ準拠し、また特定健診リソース(XML スキーマ等)を使用するように規定している。

1.2. 概要

本書は CDA XML(Extensible Markup Language)に則って特定健診仕様にできるだけ準拠して規定している。本仕様は、特定健診仕様で制約されている部分で、本ミニマム項目を記載するにあたり不都合な部分は HL7 V3 および CDA 規格に準拠して規定する。

本書は、文書種別、作成日、記録対象者情報、作成者情報等が記載されるヘッダ部と、各検査情報等を記載するボディ部で構成されている。ボディ部は人が読みやすくするための Narrative Block(特定健診では XML インスタンスサイズを小さくするために省略することになっている)は CDA 規格に準拠し必須としている。さらにコンピュータ処理を可能するために特定健診仕様に準じた Clinical Statement を規定している。(一部 CDA 規格とは乖離しているため、CDA 規格に準拠する場合は、2005 年 Normative Version の XML スキーマ等を使用する必要がある) Clinical Statement を記述するために、特定健診用及び臨床検査用 JLAC10 に準じたコード体系を使用している。これらボディ部のセクションコードは"01990"を使用するため、特定健診に組み込んだ場合は、特定健診仕様に則り削除されるため、特定健診情報には影響を与えない構造となっている。本規格では BOM(Byte Order Mark)無し UTF-8 を使用して記述する。

2. 記載仕様

2.1. ヘッダ部

No	XPath	説明	多重度	選択性
0	/ClinicalDocument		1..1	M
1	typeld	タイプ ID。準拠している CDA R2 仕様を識別する。	1..1	M
1.1	@root	HL7 に登録されている成果物の名前空間 OID となる「2.16.840.1.113883.1.3」を設定。	1..1	M
1.2	@extension	CDA R2 仕様のバージョンを一意に識別する成果物識別子である「POCD_HD000040」を設定。	1..1	M
2	id	生成されたファイルをユニークに識別する ID。	1..1	R
*2.1	@root	プロジェクトのオブジェクト ID 空間を設定	1..1	M
*2.1.1	@extensio	本書のユニークな識別子を設定	1..1	M
2.1	@nullFlavor	使用しない場合はヌル値を意味する"NI"を設定。	1..1	M

No	XPath	説明	多重度	選択性
0	/ClinicalDocument		1..1	M
3	code	報告区分を表すコードを設定。このファイルが作成された目的や作成タイミングなどの情報を格納するために使用される。	1..1	M
3.1	@code	報告区分コード 2 桁（上位 1 桁が特定健診受診情報の実施区分に対応する）健診 1 桁目（10 の位）は実施区分コード。	1..1	M
3.2	@codeSystem	コードのコード体系を識別する OID。「1.2.392.200119.6.1001」を設定。	1..1	M
*4	title	本書のタイトルを示す	0..1	O
*4.1	text()	本書のタイトルを記述する		
4	effectiveTime	本ファイルのオフィシャルなファイル作成日（実際のファイル作成日と異なることもあり）。この日付をもって本データを提出したこととして取り扱う日。※健診機関より受領したファイル中に格納されている本要素の日付を書き換える必要がある。	1..1	M
4.1	@value	「YYYYMMDD」。	1..1	M
5	confidentialityCode	守秘レベルコード。HL7 ボキャブラリドメイン Confidentiality の値を使用。	1..1	M
5.1	@code	守秘レベルコードのニーモニック。通常時の守秘レベルを表す「N」を設定。	1..1	M
*6	setId	本記録のグループセットを示す		
*6.1	@root	プロジェクトのオブジェクト ID 空間を設定		
*6.2	@extension	ファイルのユニーク識別子		
6	recordTarget	受診者情報。構造を含め詳細は、3.2.3.1 節に記載。	1..1	M
7	author	本ファイルを作成し提出する保険者側の情報（通常は送付元に相当する）。構造を含め詳細は、3.2.3.2 節に記載。	1..1	M
8	custodian	本ファイル管理責任機関情報。	1..1	M
9	participant	受診者の受診券に関する情報。詳細は、3.2.3.4 節に記載。	0..1	O
10	documentationOf	健診実施情報。詳細は、3.2.3.5 節に記載。	1..1	M

2.2. Clinical Document 記述ヘッダ部 XML 仕様

(1). XML ヘッダ

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
```

(2). CDA ルート記述

```
<ClinicalDocument xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
xsi:schemaLocation="urn:hl7-org:v3 ../XSD/hc08_V08.xsd" xmlns="urn:hl7-org:v3">
```

※注 XML スキーマ位置は../XSD/hc08_V08.xsd で示しているが、実装に適した位置に設定してよい

(3). CDA の仕様 ID

```
<typed root="2.16.840.1.113883.1.3" extension="POCD_HD000040"/>
```

(4). 本糖尿病検査報告書のユニーク識別子

IDの管理が必要で無い場合

```
<id nullFlavor="NI"/>
```

本書の版管理が必要な場合(変更、追加等が行われた場合)の本書を特定するためのIDを記載する場合 <setId>と共に使用する

【例】

```
<id extension="1234" root="1.2.392.200119.6.203"/>
```

(5). 報告区分の記述

```
<code code="40" codeSystem="1.2.392.200119.6.1001"/>
```

(6). 本書の文書タイトルの記述

```
<title>糖尿病検査項目記録</title>
```

(7). 本書のオフィシャルな作成日

日付は年月日(YYYYMMDD)で記載する

【例】

```
<effectiveTime value="20120811"/>
```

(8). 守秘レベルコード

守秘レベルは通常レベル"N"を使用する

```
<confidentialityCode code="N"/>
```

(9). 項目報告書グループセット ID および改版番号を示す

【例】

```
<setId extension="1" root="1.2.392.200119.6.203"/>
```

改版番号は初版が1で順次+1ずつ増えるものとする

【例】

```
<versionNumber value="1"/>
```

2.3. 本報告書ヘッダ XML 仕様

本パートは特定検診仕様書と同一である

```
<!-- 受診者情報 -->
<recordTarget>
<!-- 作成機関の情報 -->
<author>
<!-- ファイル管理責任機関の情報 -->
<custodian>
<!-- 受診券情報-->
<participant typeCode="HLD">
<!-- 検査実施情報 -->
<documentationOf>
```

3. ボディ部

3.1. 構造ブロック

検査データの詳細は/ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section で示される。

No	XPath	説明	多重度	選択性
11	/ClinicalDocument/component			1..1
11.1	structuredBody	構造化ボディ。	1..1	M
11.2	structuredBody/component	セクションへの包含関係情報。	1..1	M
11.3	structuredBody/component/section	セクション情報。	1..1	M

3.2. セクション開始部および(自然言語)説明ブロックで記述する

糖尿病検査データセクション開始部は、セクションコード” 01990”で示される

※注 特定検診は”01010”で示される

No	XPath	説明	多重度	選択性
11.3	/ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section			1..1
11.4	code	CDA セクションコード。	1..1	M
11.4.1	@code	CDA セクションコード「01990」を設定。これ以外のセクションコードは認められない。	1..1	M
11.4.2	@codeSystem	CDA セクションコードのコード体系を示す OID。「1.2.392.200119.6.1010」を設定。	1..1	M
11.4.3	@displayName	CDA セクションコードの表示名。「尿病検査データ」を設定。	0..1	O
11.5	title	CDA セクションタイトル。	0..1	O
11.5.1	text()	CDA セクションタイトルを示す文字列。「尿病検査データ」を設定。	1..1	M
11.6	text	CDA セクションの Narrative 記述。	1..1	R
11.6.1	text()	CDA Narrative 仕様によるテキスト記述。3.2.1 説参照	0..1	O
11.7	entry	健診項目の機械可読表現。	1..*	M

3.2.1. Narrative セクションによる対人説明

CDA では HTML に準じた仕様を採用している CDA Narrative 規格により実装する。

※注 <list>タグによりリスト形式で記述してもよい

No	XPath	説明	多重度	選択性
11.6	/ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section/text			1..1
11.6.1	table	CDA Narrative 仕様によるテキスト記述	1..1	O
11.6.2	tbody	健診項目の機械可読表現。	1..1	M
11.6.2.1	tr	CDA セクションコードの表示名。「尿病検査データ」を設定。	0..1	O
11.6.2.1.1	th	CDA セクションタイトル。	0..*	O
11.5.2.1.1.1	text()	CDA セクションタイトルを示す文字列。「尿病検査データ」を設定。	0..1	O
11.6.2.2	tr	CDA セクションの Narrative 記述。	0..*	R
11.6.2.2.1	td		0..*	O
11.6.2.2.1.1	text()	CDA Narrative 仕様によるテキスト記述。3.2.1 説参照	0..1	O

XML インスタンス例

```

<text>
  <table>
    <tbody>
      <tr><th>項目名</th><th>値</th><th>単位</th><th>備考</th></tr>
      <tr><td>身長</td><td>175</td><td>cm</td><td></td></tr>
      <tr><td>体重</td><td>80</td><td>kg</td><td></td></tr>
      <tr><td>腹囲</td><td>80</td><td>cm</td><td></td></tr>
      <tr><td>年代</td><td>50</td><td>歳代</td><td></td></tr>
      <tr><td>随時血糖</td><td>146</td><td>mg/dl</td><td></td></tr>
      <tr><td>HbA1c (NGSP) </td><td>6.5</td><td>%</td><td></td></tr>
      <tr><td>血圧</td><td>155/80</td><td>mmHg</td><td></td></tr>
      <tr><td>尿糖</td><td>±</td><td></td><td></td></tr>
      <tr><td>血清クレアチニン</td><td>0.89 </td><td>mg/dl</td><td></td></tr>
      <tr><td>尿蛋白</td><td>±</td><td></td><td></td></tr>
      <tr><td>尿中アルブミン指数</td><td>1.0</td><td>mg/gCre</td><td></td></tr>
      <tr><td>BUN</td><td>20</td><td>mg/dl</td><td></td></tr>
      <tr><td>LDL コレステロール</td><td>90</td><td>mg/dl</td><td></td></tr>
      <tr><td>HDL コレステロール</td><td>50</td><td>mg/dl</td><td></td></tr>
      <tr><td>GPT (ALT) </td><td>20</td><td>IU/l</td><td></td></tr>
      <tr><td>GOT (AST) </td><td>25</td><td>IU/l</td><td></td></tr>
      <tr><td>γGTP</td><td>20</td><td>IU/l</td><td></td></tr>
      <tr><td>網膜症</td><td>あり</td><td></td><td>単純網膜症</td></tr>
      <tr><td>神経障害</td><td>あり</td><td></td><td></td></tr>
      <tr><td>歯科受診</td><td>あり</td><td></td><td></td></tr>
      <tr><td>喫煙</td><td>あり</td><td></td><td></td></tr>
      <tr><td>1日の喫煙本数</td><td>5</td><td>本</td><td></td></tr>
      <tr><td>喫煙年数</td><td>20</td><td>年</td><td></td></tr>
    </tbody>
  </table>
</text>

```

3.3. 糖尿病検査データ部

検査データは、CDA Clinical Statement により記述する

No	XPath	説明	多重度	選択性
11.7	/ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section/entry		1..*	M
11.8	observation	検査結果データ	1..1	M
11.8.1	@classCode	HL7 ActClass から観察行為"OBS"を記述する	1..1	M
11.8.2	@moodCode	HL7 ActMood から検査結果"EVN"を記述する	1..1	M
11.8.3	@negationInd	未実施(true)以外はデフォルト値(false)により記述不要	0..1	O
11.9	observation/code	検診項目コード	1..1	R
11.9.1	@code	検査項目コード	0..1	O
11.9.2	@nullFlavor	検査項目コードが存在しない場合には @nullFlavor="NA"	0..1	O
11.9.3	@codeSystem	検査項目コード OID デフォルト値=" 1.2.392.200119.6.1005"	0..1	O
11.9.4	@displayName	検査項目表示名	0..1	O
11.10	observation/effectiveTime	時間情報(検査時間、喫煙期間等)を記述する必要がある場合	0..1	O
11.10.1	width	経過時間を示す場合、値を設定	1..1	M
11.10.1.1	@value	値を記述	1..1	M
11.10.1.2	@unit	UCUM で記述。分の場合"min"、年の場合 "y"を記述する。	1..1	M
11.11	observation/value	検査結果値を記述する	0..1	O
11.11.1	@xsi:type	検査結果データ型を記述する PQ:数値、CO:順序コード、CD:コード ST:文字データ	1..1	M
11.11.2	@value	数値データの場合に記述	0..1	O
11.11.3	@unit	数値データの場合の単位を記述	0..1	O
11.11.4	@code	結果がコードの場合に記述	0..1	O
11.11.5	@codeSystem	結果がコードの場合に OID で記述	0..1	O
11.11.6	@displayName	結果がコードの場合に結果表示を記述	0..1	O
11.11.7	text()	検査結果データ型が ST の場合に記述	0..1	O
11.12	observation/interpretationCode	結果解釈コード	0..1	O
11.12.1	@code	結果解釈コード L:以下、H:以上、N:基準値以内	1..1	M
11.13	observation/methodCode	検査方法が指定されている場合の検査方法コード	0..1	O
11.13.1	@code	検査方法コード	1..1	M
11.14	observation/entryRelationship	検査結果がグループで有る場合に記述	0..*	O
11.14.1	@typeCode	参照情報の場合は" REFR" 検査グループの場合は" COMP"	1..1	M

		検査理由の場合は” RSON”		
11.15	observation	entryRelationship/observation として記述	1..1	R
11.16	observation/referenceRange	基準値情報	0..1	O
11.17	observation/referenceRange/observationRange	基準値	1..1	M
11.17.1	@classCode	観察行為” OBS” を設定	1..1	M
11.17.2	@moodCode	結果基準情報 “EVN.CRT”	1..1	M
11.18	observation/referenceRange/observationRange/value	基準値の範囲、上限、可現を記述	1..1	M
11.18.1	@xsi:type	物理量の区間 “IVL_PQ”	1..1	M
11.19	value/low	基準値の下限值	1..1	R
11.19.1	@value	基準値の下限値を記述	1..1	M
11.19.2	@unit	単位を記述、11.11.3 と同じ	0..1	O
11.19	value/high	基準値の上限值	1..1	R
11.19.1	@value	基準値の上限値を記述	1..1	M
11.19.2	@unit	単位を記述、11.11.3 と同じ	0..1	O

(1). XML インスタンス例 1

検査結果が単位付き数値で示される場合、基準値と共に記載される

```
<entry>
```

```
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
```

```
    <code code="3D04600001920402" displayName="HbA1c(NGSP)"/>
```

```
    <statusCode code="completed"/>
```

```
    <effectiveTime value="20120805"/>
```

```
    <value xsi:type="PQ" value="6.5" unit="%"/>
```

```
    <interpretationCode code="H"/>
```

```
    <methodCode code="204" codeSystem="1.2.392.200119.6.1007"/>
```

```
    <referenceRange>
```

```
      <observationRange classCode="OBS" moodCode="EVN.CRT">
```

```
        <value xsi:type="IVL_PQ">
```

```
          <low value="0" unit="%"/>
```

```
          <high value="6.5" unit="%"/>
```

```
        </value>
```

```
      </observationRange>
```

```
    </referenceRange>
```

```
  </observation>
```

```
</entry>
```

(2). XML インスタンス例 2

検査結果がグループで示される場合

```
<entry>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code nullFlavor="NA"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <effectiveTime value="20120805"/>
    <entryRelationship typeCode="COMP">
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <code code="9A751000000000001" displayName="収縮期血圧"/>
        <value xsi:type="PQ" value="155" unit="mm[Hg]"/>
        <interpretationCode code="H"/>
        <referenceRange>
          <observationRange classCode="OBS" moodCode="EVN.CRT">
            <value xsi:type="IVL_PQ">
              <low value="130" unit="mm[Hg]"/>
              <high value="100" unit="mm[Hg]"/>
            </value>
          </observationRange>
        </referenceRange>
      </observation>
    </entryRelationship>
    <entryRelationship typeCode="COMP">
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <code code="9A761000000000001" displayName="拡張期血圧"/>
        <value xsi:type="PQ" value="80" unit="mm[Hg]"/>
        <interpretationCode code="N"/>
        <referenceRange>
          <observationRange classCode="OBS" moodCode="EVN.CRT">
            <value xsi:type="IVL_PQ">
              <low value="90" unit="mm[Hg]"/>
              <high value="60" unit="mm[Hg]"/>
            </value>
          </observationRange>
        </referenceRange>
      </observation>
    </entryRelationship>
  </observation>
</entry>
```

</entry>

(3). XML インスタンス例 3

検査結果が定性的データとして示される場合

<entry>

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<code code="1A01000000190111" displayName="尿蛋白"/>

<statusCode code="completed"/>

<effectiveTime value="20120805"/>

<value xsi:type="CO" code="2" codeSystem="1.2.392.200119.6.2102.1" displayName="±"/>

<methodCode code="901" codeSystem="1.2.392.200119.6.1007"/>

</observation>

</entry>

(4). XML インスタンス例 4

備考など追加情報が必要な場合

<entry>

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<code code="9E900000000000011" displayName="網膜症"/>

<statusCode code="completed"/>

<effectiveTime value="20120811"/>

<value xsi:type="CD" code="1" codeSystem="1.2.392.200119.6.2003.2" displayName="あり"/>

<entryRelationship typeCode="COMP">

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<code nullFlavor="NAV">

<originalText>単純網膜症</originalText>

</code>

</observation>

</entryRelationship>

</observation>

</entry>

4. 糖尿病 OID 補遺

1. OID コード表名称コード：値 または説明

分類	OID	コード表名称コード	コード：値 または 説明
特	.2.392.200119.6.101	保険者番号	8 桁に満たない場合は先頭ゼロをつけて 8 桁化して使用する。
特	1.2.392.200119.6.1001	報告区分	40：特定健診以外の健診結果を送付
特	1.2.392.200119.6.1005	特定健診項目コード表	XML 健診コード表の項目コード（JLAC10-17 桁コード）
特	1.2.392.200119.6.1007	検査方法 10 桁コード	XML 健診コード表の XML 検査方法コード欄を参照
特	.2.392.200119.6.1010	CDA セクションコード	01990：任意追加項目セクション
特	1.2.392.200119.6.1104	厚労省付属資料 7 別表 4	1:男、2:女
特	1.2.392.200119.6.2003	問診結果コード	1:はい、2:いいえ
特	1.2.392.200119.6.2102	健診定性検査結果コード	1:-、2:±、3:1+、4:2+、5:3+
仮	1.2.392.200119.6.1002.30762393800	北能登用プログラム種別コード	特定健診のプログラム種別コードに対して、次のものを追加。 1000：傷病による受診
仮	1.2.392.200119.6.1005.30762393800	北能登用検査項目コード表	厚労省付属資料 7 に未収載のコードを使用する際のルールにしたがい設定
仮	1.2.392.200119.6.2003.100762393800.1	喫煙問診結果コード	0. 不明、1.あり、2:なし、3:過去にあり
仮	1.2.392.200119.6.2003.100762393800.2	問診結果コード	0. 不明、1.あり、2:なし
仮	1.2.392.200119.6.2102.100762393800	拡張定性検査結果コード	1:-、2:±、3:+、4:++、5:以上
仮	1.2.392.200119.6.2119	年代	診断年代 1:不明、2:10 歳未満、3:10 歳代、4:20 歳代 5:30 歳代、6:40 歳代、7:50 歳代、8:60 歳代、9:70 歳代、10:80 歳代、11:90 歳代、12:100 歳以上

注：特定健診問診結果コードは、北能登版では使用せず、問診結果コードをもとに拡張した結果コードを使用する。定性検査結果コードも、尿糖の記述のために拡張した。

5. 項目コード表

5.1. 糖尿病ミニマム項目セット

①どこでも My 病院追加項目病院から入手、②どこでも My 病院健診から入手

③どこでも My 病院追加項目(腎症)病院から入手、④どこでも My 病院(腎症) 健診から入手

項目名	単位	JLAC10(17桁)	検査法	入手先	備考
身長	cm	9N0010000000000001		①②③④	小数点以下1桁
体重	kg	9N0060000000000001		①②③④	小数点以下1桁
診断年齢		9N0090000000000011	仮	①③	年代別(不明、10歳未満、10歳代、20歳代、と10歳ごとに選択)
血糖(随時)	mg/dl	3D010129901926101	電位差法(ブドウ糖酸化酵素電極法)	① ③④	全血(添加物入)
		3D010129902227101	可視吸光光度法(ブドウ糖酸化酵素法)		血漿
		3D010129901927201	紫外吸光光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法)		全血(添加物入)
		3D010129901999901	その他		全血(添加物入)、その他の測定法
HbA1c(NGSP)	%	3D046000001906202	ラテックス凝集比濁法	①②③④	
		3D046000001920402	高速液体クロマトグラフィー(HPLC)		
		3D046000001927102	可視吸光光度法		
		3D046000001999902	その他		
血圧	収縮期	mm[Hg]	9A7510000000000001	①②③④	
	拡張期	mm[Hg]	9A7610000000000001		

血清クレアチニン	mg/dl	3C010000002327101	可視吸光光度法	①③	
		3C015000002399901	その他		
尿蛋白		1A010000000190111	試験紙法（目視法）	①②③④	1 : -、2 : ±、3 : 1 +、4 : 2 +、5 : 3 + (1.2.392.200119.6.2102)
		1A010000000191111	試験紙法（機械読み取り）		
LDL コレステロール	mg/dl	3F077000002327101	可視吸光光度法	①②③④	
		3F077000002327201	紫外吸光光度法		
		3F077000002399901	その他		
GPT(ALT)	IU/l	3B045000002327201	紫外吸光光度法	①②③④	
		3B045000002399901	その他		
網膜症		9E900000000000011	仮	①	0:不明、1:はい、2:いいえ (1.2.392.200119.6.2003 を拡張。 OID:1.2.392.200119.6.2003.100762393800.2) 1 の場合 下記記述を伴う 単純網膜症 増殖前網膜症 増殖網膜症 光凝固後 黄斑症あり 失明
喫煙		9N736000000000011		①	0:不明、1:はい、2:いいえ、3:過去に有り (1.2.392.200119.6.2003 を拡張。 OID:1.2.392.200119.6.2003.100762393800.1)
1 日喫煙本数	[本]	9N741000000000001	仮		単位 : 本
喫煙期間	y	9N746000000000001	仮		単位 : 年

5.2. どこでも My 病院糖尿病記録追加項目（以下の項目も記載のこと）

項目名	単位	JLAC10(17桁)	検査法		備考
尿中アルブミン指数	mg/gCre	3A015000000199901	仮	①	
AST	IU/l	3B035000002327201	紫外吸光光度法	①②③④	
		3B035000002399901	その他		
HDL コレステロール	mg/dl	3F070000002327101	可視吸光光度法	①②③④	
		3F070000002327201	紫外吸光光度法		
		3F070000002399901	その他		
中性脂肪	mg/dl	3F015000002327101	可視吸光光度法	①②③④	
		3F015000002327201	紫外吸光光度法		
		3F015000002399901	その他		
腹囲	cm	9N016160100000001	腹囲(実測)	②④	
		9N016160200000001	腹囲(自己判定)		
		9N016160300000001	腹囲(自己申告)		
尿糖		1A020000000191111	試験紙法（機械読み取り）	②	1:-、2:±、3:+、4:++、5:以上 (1.2.392.200119.6.2102 を拡張。 OID:1.2.392.200119.6.2102.100762393800)
		1A020000000190111	試験紙法（目視法）		
γGTP	IU/l	3B090000002327101	可視吸光光度法	②④	
		3B090000002399901	その他		
神経障害		9N699000000000011	仮	①	1:はい 2:いいえ (1.2.392.200119.6.2003 を拡張。 OID:1.2.392.200119.6.2003.100762393800.2)
歯科受診		9N531000000000011	仮	①	0:不明 1:はい 2:いいえ (1.2.392.200119.6.2003 を拡張。 OID:1.2.392.200119.6.2003.100762393800.2)
ヘモグロビン	g/dl	2A930000001930404		③	削除
BUN	mg/dl	3C025000002327101	紫外吸光光度法	③	3C02510000(OID は特定健診検査方法コードを流用)
		3C025000002327201	可視吸光光度法		3C02520000(OID は特定健診検査方法コードを流用)

5.3. 基準値

項目名	単位	条件	基準値		備考
			下限値	上限値	
身長	cm				
体重	kg				
診断年齢					
血糖(空腹時)	mg/dl				
HbA1c(NGSP)	%				
血圧	収縮期	mm[Hg]			
	拡張期	mm[Hg]			
血清クレアチニン	mg/dl				
尿蛋白					
LDL コレステロール	mg/dl				
GPT(ALT)	IU/l				
網膜症					
喫煙					
尿中アルブミン指数	mg/gCre				
AST	IU/l				
HDL コレステロール	mg/dl				
中性脂肪	mg/dl				
腹囲	cm				
尿糖					
γGTP	IU/l				

神経障害					
歯科受診					
ヘモグロビン	g/dl	男			
		女			
BUN	mg/dl				

注意事項

1. 表 5.1, 5.2 に記載されている項目コード、結果記述コードのうち、黄色・橙色の背景のものは、正規のコードではなく、北能登版糖尿病手帳記述のために仮に定義したものである。そのため、コードを識別するための OID について、特定健診の規則に基づいて拡張した。
 - (ア) 項目コードは特定健診 OID の末尾に、事業主体である石川県医師会の代表電話番号の先頭に“3”付した番号を、枝番号として設定した。
 - (イ) 結果記述コードは、特定健診の結果記述コード OID の末尾に、先頭に“10”を付した医師会代表電話番号を枝番として設定した。
 - (ウ) 結果記述コードは、特定健診の問診結果コードを、網膜症と喫煙の記述用途に応じて 2 種類の異なる拡張を行ったため、(イ)で定義した北能登版の OID の末尾にさらに“1”、“2”を付して区別している。

2. serviceEvent.code の値について

serviceEvent.code は、この CDA が格納している情報の発生したイベントを識別するためのコードが格納される。このイベントは、特定健診、その他の検診、人間ドックなどのほか、糖尿病を含む各種疾患による医療機関受診なども想定される。

そのため、健診(検診)以外の「傷病による医療機関受診」を識別するためのコードの定義が必要となるため、区分の粒度について検討が必要である。また、特定健診の XML スキーマはプログラム種別コードの OID を固定しているため、奥能登版の開発においては、特定健診スキーマを一部改編し、OID の制約を解除している。

検討課題：

1. ファイル交付者の記述について

このファイルは、医療機関から受診者（あるいは、その委託をうけた My 病院事業者）に交付されることを想定している。その場合、ファイル作成者とは別に、内容に関する責任者の情報が必要であるかが不明である。通常、医療機関から患者に交付される文書類については、病院名、あるいは病院長名で公布されるが、本仕様では、ファイル作成機関と検査実施機関の情報を持つことから、それらの組織の代表者を運用上、内容の責任者と考えることで対応可能であると考えられる。