

健診結果・質問票情報

	入力	項目の扱い	設定案		項目名	データ基準			単位	データ値コメント		検査方法	備考
			項目コード	結果識別		データ値	下限値	上限値		データタイプ	基準範囲外		
身体計測	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N0010000000000	01	身長				数字	cm			小数点以下1桁
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N0060000000000	01	体重				数字	kg			小数点以下1桁
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N0110000000000	01	BMI				数字	kg/m <sup>2</sup>			小数点以下1桁
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N0210000000000	01	内臓脂肪面積				数字	cm <sup>2</sup>			小数点以下1桁
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N0161601000000	01	腹囲(実測)				数字	cm		1:実測	小数点以下1桁
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N0161602000000	01	腹囲(自己判定)				数字	cm		2:自己測定	小数点以下1桁
診察	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N0161603000000	01	腹囲(自己申告)				数字	cm		3:自己申告	小数点以下1桁
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N0560000000000	11	既往歴				コード				1:特記すべきことあり、2:特記すべきことなし
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N0561604000000	49	(具体的な既往歴)				漢字				特記すべきことありの場合に記載
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N0610000000000	11	自覚症状				コード				1:特記すべきことあり、2:特記すべきことなし
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N0611608000000	49	(所見)				漢字				特記すべきことありの場合に記載
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N0660000000000	11	他覚症状				コード				1:特記すべきことあり、2:特記すべきことなし
血圧等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N0661608000000	49	(所見)				漢字				特記すべきことありの場合に記載
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9A7550000000000	01	収縮期血圧(その他)				数字	mmHg		3:その他	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9A7520000000000	01	収縮期血圧(2回目)				数字	mmHg		2:2回目	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9A7510000000000	01	収縮期血圧(1回目)				数字	mmHg		1:1回目	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9A7650000000000	01	拡張期血圧(その他)				数字	mmHg		3:その他	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9A7620000000000	01	拡張期血圧(2回目)				数字	mmHg		2:2回目	
生化学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9A7610000000000	01	拡張期血圧(1回目)				数字	mmHg		1:1回目	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N1410000000000	11	採血時間(食後)				コード				1:食後10時間未満、2:食後10時間以上
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3F0150000023271	01	中性脂肪(トリグリセリド)				数字	mg/dl		1:可視吸光度法(酵素比色法・グリセロール消赤)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3F0150000023272	01					数字	mg/dl		2:紫外吸光度法(酵素比色法・グリセロール消赤)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3F0150000023999	01					数字	mg/dl		3:その他	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3F0700000023271	01	HDLコレステロール				数字	mg/dl		1:可視吸光度法(直接法(非沈澱法))	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3F0700000023272	01					数字	mg/dl		2:紫外吸光度法(直接法(非沈澱法))	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3F0700000023999	01					数字	mg/dl		3:その他	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3F0770000023271	01	LDLコレステロール				数字	mg/dl		1:可視吸光度法(直接法(非沈澱法))	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3F0770000023272	01					数字	mg/dl		2:紫外吸光度法(直接法(非沈澱法))	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3F0770000023999	01					数字	mg/dl		3:その他	
	血糖検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3B0350000023272	01	GOT(AST)				数字	U/l		1:紫外吸光度法(JSCC標準化対応法)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3B0350000023999	01					数字	U/l		2:その他	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3B0450000023272	01	GPT(ALT)				数字	U/l		1:紫外吸光度法(JSCC標準化対応法)	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3B0450000023999	01					数字	U/l		2:その他	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3B0900000023271	01	γ-GT(γ-GTP)				数字	U/l		1:可視吸光度法(JSCC標準化対応法)	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3B0900000023999	01					数字	U/l		2:その他	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3D0100000019261	01	空腹時血糖				数字	mg/dl		1:電位差法(ブドウ糖酸化酵素電極法)	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3D0100000022271	01					数字	mg/dl		2:可視吸光度法(ブドウ糖酸化酵素法)	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3D0100000019272	01					数字	mg/dl		3:紫外吸光度法(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)	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3D0100000019999	01					数字	mg/dl		4:その他	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3D0450000019062	02	HbA1c				数字	%		1:免疫学的方法(ラテックス凝集比濁法等)	小数点以下1桁
尿検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3D0450000019204	02					数字	%		2:HPLC(不安定分画除去HPLC法)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3D0450000019271	02					数字	%		3:酵素法	小数点以下1桁
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3D0450000019999	02					数字	%		4:その他	小数点以下1桁
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1A0200000001911	11	尿糖				コード			1:試験紙法(機械読み取り)	1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1A0200000001901	11					コード			2:試験紙法(目視法)	1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1A0100000001911	11	尿蛋白				コード			1:試験紙法(機械読み取り)	1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1A0100000001901	11					コード			2:試験紙法(目視法)	1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2A0400000019301	02	ヘマトクリット値				数字	%		自動血球算定装置	小数点以下1桁
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2A0300000019301	01	血色素量[ヘモグロビン値]				数字	g/dl		自動血球算定装置	小数点以下1桁
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2A0200000019301	01	赤血球数				数字	万/mm <sup>3</sup>		自動血球算定装置	小数点以下1桁
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2A0201610019301	49	貧血検査(実施理由)				漢字				
	生体検査等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9A1101607000000	11	心電図(所見の有無)				コード			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	9A1101608000000	49	心電図(所見)				漢字				所見ありの場合に記載
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	9A1101610000000	49	心電図(実施理由)				漢字				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	9E1001660000000	11	眼底検査(キースフグナー分類)				コード				1:0、2:I、3:IIa、4:IIb、5:III、6:IV
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	9E1001661000000	11	眼底検査(シェイエ分類:H)				コード				1:0、2:1、3:2、4:3、5:4
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	9E1001662000000	11	眼底検査(シェイエ分類:S)				コード				1:0、2:1、3:2、4:3、5:4
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	9E1001663000000	11	眼底検査(SCOTT分類)				コード				1:I(a)、2:I(b)、3:II、4:III(a)、5:III(b)、6:IV、7:V(a)、8:V(b)、9:VI
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	9E1001609000000	49	眼底検査(その他の所見)				漢字				その他の所見の判定方法を用いている場合については、本欄に所見を記載すること。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、その旨を記載すること。
医師の判断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9E1001610000000	49	眼底検査(実施理由)				漢字				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N5010000000000	11	メタボリックシンドローム判定				コード				1:基準該当、2:予備群該当、3:非該当、4:判定不能
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N5060000000000	11	保健指導レベル				コード				1:積極的支援、2:動機付け支援、3:なし、4:判定不能
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N5110000000000	49	医師の診断(判定)				漢字				
質問票	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N5160000000000	49	健康診断を実施した医師の氏名				漢字				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7010000000000	11	服薬1(血圧)				コード				1:服薬あり、2:服薬なし
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7011670000000	49	(薬剤)				漢字				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7011671000000	49	(服薬理由)				漢字				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7060000000000	11	服薬2(血糖)				コード				1:服薬あり、2:服薬なし
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7061670000000	49	(薬剤)				漢字				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7061671000000	49	(服薬理由)				漢字				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7110000000000	11	服薬3(脂質)				コード				1:服薬あり、2:服薬なし
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7111670000000	49	(薬剤)				漢字				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7111671000000	49	(服薬理由)				漢字				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7160000000000	11	既往歴1(脳血管)				コード				1:はい、2:いいえ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7210000000000	11	既往歴2(心血管)				コード				1:はい、2:いいえ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7260000000000	11	既往歴3(腎不全・人工透析)				コード				1:はい、2:いいえ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7310000000000	11	貧血				コード				1:はい、2:いいえ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7360000000000	11	喫煙				コード				1:はい、2:いいえ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7410000000000	11	20歳からの体重変化				コード				1:はい、2:いいえ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7460000000000	11	30分以上の運動習慣				コード				1:はい、2:いいえ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7510000000000	11	歩行又は身体活動				コード				1:はい、2:いいえ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7560000000000	11	歩行速度				コード				1:はい、2:いいえ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7610000000000	11	1年間の体重変化				コード				1:はい、2:いいえ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7660000000000	11	食べ方1(早食い等)				コード				1:速い、2:ふつう、3:遅い
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7710000000000	11	食べ方2(就寝前)				コード				1:はい、2:いいえ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7760000000000	11	食べ方3(夜食/間食)				コード				1:はい、2:いいえ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7810000000000	11	食習慣				コード				1:はい、2:いいえ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7860000000000	11	飲酒				コード				1:毎日、2:時々、3:ほとんど飲まない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7910000000000	11	飲酒量				コード				1:1合未満、2:1~2合未満、3:2~3合未満、4:3合以上
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N7960000000000	11	睡眠				コード				1:はい、2:いいえ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N8010000000000	11	生活習慣の改善				コード				1:意志なし、2:意志あり(6か月以内)、3:意志あり(近いうち)、4:取組済み(6ヶ月未満)、5:取組済み(6ヶ月以上)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9N8060000000000	11	保健指導の希望				コード				1:はい、2:いいえ	

注) ○…必須項目、■…医師の判断に基づき選択的に実施する項目(要実施理由)、●…いずれかの項目の報告で可(両方記録されていても差し支えない)、☆…情報を入手した場合に限り報告

## 保健指導情報

番号	条件		項目コード	項目名	データ値	データタイプ	単位	備考
	初回 付け支 援	継続 的支 援						
1001	○	○	102000001	支援レベル		コード		1:積極的支援、2:動機づけ支援(健診結果に基づき階層化された区分)
1002	△	△	102000002	行動変容ステージ		コード		1:意志なし、2:意志あり(6ヶ月以内)、3:意志あり(近いうち)、4:取組済み(6ヶ月未満)、5:取組済み(6ヶ月以上)
1004	○	○	102200011	初回面接の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1005	○	○	102200012	初回面接による支援の支援形態		コード		1:個別支援、2:グループ支援
1006	○	○	102200013	初回面接の実施時間		数字	分	
1007	○	○	102200015	初回面接の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1008		○	102100020	継続的支援予定期間		数字	週	
1068	○	○	104200011	6ヶ月後の評価の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1069	○	○	104200012	6ヶ月後の評価の支援形態又は確認方法		コード		1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援
1070	○	○	104200015	6ヶ月後の評価の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1071	○	○	104200016	6ヶ月後の評価ができない場合の確認回数		数字	回	確認方法に基づき、評価実施者が行った確認の回数
1072	○	○	1042001031	6ヶ月後の評価時の腹囲		数字	cm	
1073	○	○	1042001032	6ヶ月後の評価時の体重		数字	kg	
1074	△	△	1042001033	6ヶ月後の評価時の収縮期血圧		数字	mmHg	
1075	△	△	1042001034	6ヶ月後の評価時の拡張期血圧		数字	mmHg	
1076	○	○	1042001042	6ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(栄養・食生活)		コード		0:変化なし、1:改善、2:悪化
1077	○	○	1042001041	6ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(身体活動)		コード		0:変化なし、1:改善、2:悪化
1078	△	△	1042001043	6ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(喫煙)		コード		1:禁煙継続、2:非継続、3:非喫煙、4:禁煙の意志なし
1079		○	1041800117	計画上の継続的な支援の実施回数		数字	回	
1080		○	1041101117	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援A)		数字	回	
1081		○	1041101113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援A)		数字	分	
1082		○	1041201117	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援B)		数字	回	
1083		○	1041201113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援B)		数字	分	
1084		○	1041302117	計画上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)		数字	回	
1085		○	1041302113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)		数字	分	
1086		○	1041103117	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)		数字	回	
1087		○	1041103113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)		数字	分	
1088		○	1041104117	計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailAによる支援)		数字	回	
1089		○	1041203117	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)		数字	回	
1090		○	1041203113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)		数字	分	
1091		○	1041204117	計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailBによる支援)		数字	回	
1092		○	1041100114	計画上の継続的な支援によるポイント(支援A)		数字		
1093		○	1041200114	計画上の継続的な支援によるポイント(支援B)		数字		
1094		○	1041800114	計画上の継続的な支援によるポイント(合計)		数字		自動計算
1095		○	1042800117	実施上の継続的な支援の実施回数		数字	回	自動計算
1096		○	1042101117	実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援A)		数字	回	
1097		○	1042101113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援A)		数字	分	
1098		○	1042201117	実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援B)		数字	回	
1099		○	1042201113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援B)		数字	分	
1100		○	1042302117	実施上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)		数字	回	
1101		○	1042302113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)		数字	分	
1102		○	1042103117	実施上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)		数字	回	
1103		○	1042103113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)		数字	分	
1104		○	1042104117	実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailAによる支援)		数字	回	
1105		○	1042203117	実施上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)		数字	回	
1106		○	1042203113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)		数字	分	
1107		○	1042204117	実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailBによる支援)		数字	回	
1108		○	1042100114	継続的な支援によるポイント(支援A)		数字		自動計算
1109		○	1042200114	継続的な支援によるポイント(支援B)		数字		自動計算
1110		○	1042800114	継続的な支援によるポイント(合計)		数字		自動計算
1111		○	1042800118	禁煙指導の実施回数		数字	回	
1112		○	104200022	実施上の継続的な支援の終了日		年月日		YYYYMMDD
1113		☆	104200081	委託先保健指導機関番号(1)		数字		
1114		☆	104200082	委託先保健指導機関名(1)		漢字		
1115		☆	104200085	主対応内容(1)		コード		1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援
1116		☆	委託先保健指導機関番号(1)と同じ	委託先保健指導機関番号(2)		数字		
1117		☆	委託先保健指導機関名(1)と同じ	委託先保健指導機関名(2)		漢字		
1118		☆	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(2)		コード		1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援
1119		☆	委託先保健指導機関番号(1)と同じ	委託先保健指導機関番号(3)		数字		
1120		☆	委託先保健指導機関名(1)と同じ	委託先保健指導機関名(3)		漢字		
1121		☆	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(3)		コード		1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援
1122		☆	委託先保健指導機関番号(1)と同じ	委託先保健指導機関番号(4)		数字		
1123		☆	委託先保健指導機関名(1)と同じ	委託先保健指導機関名(4)		漢字		
1124		☆	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(4)		コード		1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援

※ 条件: ○…必須入力項目、☆…少なくとも保険者が委託により実施した場合には必須入力項目、△…情報を入手した場合は報告