

健診結果・質問票情報

番号	条件 ※1	項目コード ※5	項目名	データ基準※2			データタイプ	単位	データ備考		検査方法	備考
				データ値	下限値	上限値			標準範囲外 ※3	検査の実施 ※4		
1	<input type="checkbox"/>		身長				数字	cm				小数点以下1桁
2	<input type="checkbox"/>		体重				数字	kg				小数点以下1桁
3	<input type="checkbox"/>		BMI				数字	kg/m ²				小数点以下1桁
4	<input type="checkbox"/>		腕囲				数字	cm				小数点以下1桁
5	<input type="checkbox"/>		理学検査(身体診察) (所見)				コード					1: 異常所見なし、2: 異常所見あり
6	<input type="checkbox"/>		血圧(収縮期)				数字	mmHg				
7	<input type="checkbox"/>		血圧(拡張期)				数字	mmHg				
8	<input type="checkbox"/>	3F015000002327101 3F015000002327201	中性脂肪				数字	mg/dl			1: 可視分光光度法 (酵素比色法・ツリヤ・ロー光濁法) 2: 紫外分光光度法 (酵素比色法・ツリヤ・ロー光濁法)	
9	<input type="checkbox"/>	3F070000002327101 3F070000002327201	HDLコレステロール				数字	mg/dl			1: 可視分光光度法 (酵素比色法・ツリヤ・ロー光濁法) 2: 紫外分光光度法 (酵素比色法・ツリヤ・ロー光濁法)	
10	<input type="checkbox"/>	3F070000002327101 3F070000002327201	LDLコレステロール				数字	mg/dl			1: 可視分光光度法 (酵素比色法・ツリヤ・ロー光濁法) 2: 紫外分光光度法 (酵素比色法・ツリヤ・ロー光濁法)	
11	<input type="checkbox"/>	3D010000002226101	AST (GOT)				数字	U/l			1: 電位差法 (プロトコル化酵素電極法)	
12	<input type="checkbox"/>	3F070000002327101	ALT (GPT)				数字	U/l			2: 可視分光光度法 (プロトコル化酵素電極法)	
13	<input type="checkbox"/>	3F070000002327201	γ-GT (γ-GTP)				数字	U/l			3: 紫外分光光度法(ヘキシチン-反応、グルコース-反応、プロトコル化酵素電極法)	
14	<input checked="" type="checkbox"/>	3D045000001906202 3D045000001920402 3B035000002327201	空腹血糖				数字	mg/dl			1: ラテックス凝集法 (免疫学的方法) 2: HPLC 3: 分光分析測定法(HPLC法)	
15	<input checked="" type="checkbox"/>	3B090000002327201 3B045000002327101	HbA1c				数字	%			1: 紫外分光光度法 (JSCC標準化対応法) 2: HPLC 3: 分光分析測定法(HPLC法)	小数点以下1桁
16	<input type="checkbox"/>		尿糖				コード				1: 試験紙法(目視法)	1-、2土、3+、4++、5+++
17	<input type="checkbox"/>		尿蛋白				コード				1: 試験紙法(目視法)	1-、2土、3+、4++、5+++
18	<input type="checkbox"/>		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
19	<input type="checkbox"/>		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
20	<input type="checkbox"/>		赤血球数				数字	万/mm ³			自動血球算定装置	小数点以下1桁
21	<input type="checkbox"/>		心電図 (所見)				コード					1: 異常所見なし、2: 異常所見あり
22	<input type="checkbox"/>		聴覚検査(キースワグナー分類) (シェイエ分類:H) (シェイエ分類:S)				コード					1: 0、2、1、3-IIa、4-IIb、5-III、6-IV 1: 0、2、1、3、2、4、3、5、4 1: 0、2、1、3、2、4、3、5、4
23			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
24			医師の判断				漢字					1: 検査結果の記載も医師の所見 2: 医師の判断に基づき選択的に実施する項目も実施した場合の理由
25			判断した医師の氏名				漢字					
26			保健指導レベル				コード					1: 積極的支援、2: 簡易支援、3: なし
101			脈率1(血圧)				コード					1: はい、2: いいえ
102			脈率2(血圧)				コード					1: はい、2: いいえ
103			脈率3(脈拍)				コード					1: はい、2: いいえ
104			既往歴1(脳血管)				コード					1: はい、2: いいえ
105			既往歴2(心臓)				コード					1: はい、2: いいえ
106			既往歴3(腎不全・人工透析)				コード					1: はい、2: いいえ
107			喫煙				コード					1: はい、2: いいえ
108			20歳からの体重変化				コード					1: はい、2: いいえ
109			30分以上の運動習慣				コード					1: はい、2: いいえ
110			歩行又は身体活動				コード					1: はい、2: いいえ
111			歩行速度				コード					1: はい、2: いいえ
112			1年間の体重変化				コード					1: はい、2: いいえ
113			食べ方1(早食い等)				コード					1: 選い、2: ぶつ、3: 選い
114			食べ方2(就寝前)				コード					1: はい、2: いいえ
115			食べ方3(夜食/間食)				コード					1: はい、2: いいえ
116			食習慣				コード					1: はい、2: いいえ
117			飲酒				コード					1: はい、2: いいえ
118			飲酒量				コード					1: 毎日、2: 時々、3: ほとんど飲まない
119			睡眠				コード					1: はい、2: いいえ
120			生活習慣の改善				コード					1: 実施なし、2: 実施あり(6か月以内)、3: 実施あり(6か月以上) 4: 数回のみ(6か月未満)、5: 数回のみ(6か月以上)
121			保健指導の希望				コード					1: はい、2: いいえ

(表の説明)
 ※1 条件: ○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれかの項目の実施可
 ※2 データ基準下限値、上限値: 使用する検査機器、試薬等が異なるため検査機関ごとに設定した値を入力する。
 ※3 基準範囲外: 健診データが別途定める入力最小値以下の場合は「以下」、入力最大値以上の場合は「以上」を入力する。
 ※4 検査の実施: 健診データが入力で検査未実施の場合は「未実施」を入力する。
 ※5 検査項目コードについては、上記以外の検査法も含め、JAC10コードを用いる(検査方法については、それぞれの検査項目毎に90%以上をカバーする1レーザリビが取れた日常検査法を記載した)。