

産業医健診  
事務マニュアル  
(佐賀県健康づくり財団版)

令和8年4月1日

公益財団法人 佐賀県健康づくり財団  
(問い合わせ)

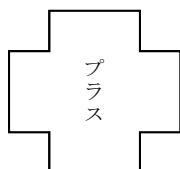
【健診部巡回健診課】0952-37-3312

澁谷・中山

# 産業医健診の実施に伴う支援及び 電子化の支援についてのご案内

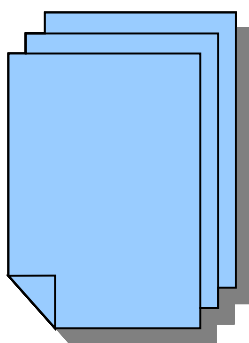
当健康づくり財団では、会員の先生方の共同利用施設として、  
電子的記録処理(CD-R等)のご支援を行っております。

問診項目と  
病医院実施項目  
(入力サービス)



財団で測定した  
血液検査項目

一枚の報告書に  
仕立てる



隠蔽方式個人報告書  
(個人情報対応の袋とじ)

電子化報告書(希望に対応)  
(XML、CSV等に対応可)

①	健康診査受診票(Ⅰ)(問診票)	・・・・・・・・	P	2
②	各種料金表	・・・・・・・・	P	3 ~ 4
③	名簿(Excel形式)の提出方法	・・・・・・・・	P	5
④	隠蔽方式個人報告書	・・・・・・・・	P	6 ~ 7
⑤	人間ドック用報告書	・・・・・・・・	P	8 ~ 9
⑥	各種所見用紙	・・・・・・・・	P	10 ~ 15



# 産業医健診料金表

  特定健診項目      ● 医療機関実施データ入力項目      ◎ 検査項目      (単位:円・税別)

検査項目		健康診断 (ヘルシー項目)		職場健診 (労安法項目)		
		C	D	E	F	
身体測定等	身長	●	●	●	●	
	測定体重	●	●	●	●	
	BMI	●	●	●	●	
	腹囲	●	●	●	●	
	視力	●	●	●	●	
	聴力	●	●	●	●	
	医療機関実施	診察	●	●	●	●
	胸部X線	●	●	●	●	
	心電図	●	●	●	●	
	尿検査《糖、蛋白は必須》(潜血 ☆、ウビリ)	●	●	●	●	
血液検査等	AST、ALT、γ-GTP	◎	◎	◎	◎	
	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール	◎	◎	◎	◎	
	クレアチン ☆、尿酸 ☆	◎	◎	—	—	
	eGFR ☆	◎	◎	—	—	
	空腹時血糖(※血漿血糖) ◆糖の採血管必須	◎	◎	◎	◎	
	総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白					
	アルブミン、コリンエステラーゼ	◎	◎	—	—	
	総コレステロール、アミラーゼ、尿素窒素					
	ALP、LDH、カルシウム					
	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値	◎	◎	◎	◎	
白血球	◎	◎	◎	◎		
指示・コメント		あり	なし	あり	なし	
料金(階層化および標準様式によるデータ抽出なし)		2,150	1,950	1,850	1,650	
料金(階層化および標準様式によるデータ抽出料含む)		2,450	2,250	2,150	1,950	
追加項目	ヘモグロビンA1c ※☆	500	500	500	500	

※ 血糖検査については、空腹時血糖が義務付けられています。  
 飲食された場合は、保険者より空腹時血糖の再検査依頼があるため、  
 ヘモグロビンA1cを追加検査されることをお勧めします。

◆ 血糖検査については、血漿血糖検査が義務づけられているため、必ず糖の採血管(グレー)をご提出ください。

☆ 特定健診に関する佐賀県独自の追加検査項目です。

★ 保健指導の代行入力は特定健診項目を実施された方のみ実施いたします。

● データ入力サービスいたします。(専用所見用紙あり)

## 産業医健診電子化支援申込書

ご依頼の項目( )に○を記入してください。

健診名 指示コメント	健康診断 (ヘルシー項目)	職場健診 (労安法項目)
あり	C ( )	E ( )
なし	D ( )	F ( )
特定保健指導の 電子化	希望する( )・希望しない( )	

地区名: \_\_\_\_\_

医療機関名: \_\_\_\_\_

『問い合わせ先』  
 佐賀県健康づくり財団  
 健診部 巡回健診課 担当: 澁谷・香田  
 【TEL】0952-37-3312 【FAX】0952-37-3061

# 医療機関の従業員健診用

   特定健診項目      ● 医療機関実施データ入力項目      ◎ 検査項目      (単位:円・税別)

検査項目		健康診断 (ヘルシー項目)		職場健診 (労安法項目)		電離放射線 健康診断	
		CC	DD	EE	FF	M	N
身体測定等	身長	●	●	●	●	—	—
	測定体重	●	●	●	●	—	—
	BMI	●	●	●	●	—	—
	腹囲	●	●	●	●	—	—
	視力	●	●	●	●	—	—
	聴力	●	●	●	●	—	—
医療機関実施	血圧	●	●	●	●	—	—
	診察	●	●	●	●	●	●
	胸部X線	●	●	●	●	—	—
	心電図	●	●	●	●	—	—
	尿検査《糖、蛋白は必須》(潜血 ☆、ウロビリ)	●	●	●	●	—	—
血液検査等	AST、ALT、γ-GTP	◎	◎	◎	◎	—	—
	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール	◎	◎	◎	◎	—	—
	クレアチニン ☆、尿酸 ☆	◎	◎	—	—	—	—
	eGFR ☆	◎	◎	—	—	—	—
	空腹時血糖(※血漿血糖) ◆糖の採血管必須	◎	◎	◎	◎	—	—
	総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白 アルブミン、コリンエステラーゼ	◎	◎	—	—	—	—
	総コレステロール、アミラーゼ、尿素窒素 ALP、LDH、カルシウム	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	赤血球数、色素量、ヘマトクリット値	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	白血球	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	血液像	—	—	—	—	◎	◎
指示・コメント		あり	なし	あり	なし	あり	なし
料金(階層化および標準様式によるデータ抽出なし)		1,850	1,650	1,550	1,350	1,150	950
料金(階層化および標準様式によるデータ抽出料含む)		2,150	1,950	1,850	1,650		
追加項目	ヘモグロビンA1c ※☆	500	500	500	500		

※ 血糖検査については、空腹時血糖が義務付けられています。  
 飲食された場合は、保険者より空腹時血糖の再検査依頼があるため、  
 ヘモグロビンA1cを追加検査されることをお勧めします。  
**◆ 血糖検査については、血漿血糖検査が義務づけられているため、  
 必ず糖の採血管(グレー)をご提出ください。**

☆ 特定健診に関する佐賀県独自の追加検査項目です。  
 ● データ入力サービスいたします。(専用所見用紙あり)

医療機関事業主健診電子化支援申込書  
 ご依頼の項目( )に○を記入してください。

健診名 指示コメント	健康診断 (ヘルシー項目)	職場健診 (労安法項目)	電離放射線 健康診断
あり	CC( )	EE( )	M( )
なし	DD( )	FF( )	N( )

地区名: \_\_\_\_\_ 医療機関名: \_\_\_\_\_

『問い合わせ先』  
 佐賀県健康づくり財団  
 健診部 巡回健診課 担当: 澁谷・香田  
 【TEL】0952-37-3312 【FAX】0952-37-3061

事務処理の都合上、名簿をExcel形式の電子データにてご提供お願いします。  
 (データの受け渡し方法: 暗号化付きメールなど)

※Excel形式名簿の作成例

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
事業所コード (事業所名)	カナ氏名 ※半角 ササキ ハナコ	漢字氏名 ※全角 齋藤 花子	性別 ※男:1 女:2 2	生年月日 ※西暦8桁 19990101	郵便番号	林番	子番	住所	マンション名等	電話番号	個人コード 職員番号	受診券整理番号	保険証記号	番号	所属コード	所属名
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

【Excel形式作成の仕様説明】  
 の部分は必須となります。

- A列 入力不要
- B列 カナ氏名 半角のみ ※姓と名の間に、半角でスペースをひとつ空けてください
- C列 漢字氏名 外字は不可 ※姓と名の間に、全角でスペースをひとつ空けてください  
 ■苗字が変わられた場合は、**朱書きか分かるように表示してください**
- D列 性別(数字表記) 男 → 1 女 → 2
- E列 生年月日(西暦8桁表記) 生年月日を西暦8桁で入力してください。 例:平成16年8月28日 → 20040828

F~K列 入力不要

L列 個人コード  
 職員番号

M~P列 入力不要

Q列 所属名

※年度が変わっても同一で、他の人と被らない番号があれば入力してください。(ない場合、入力不要)

〇〇課 など必要であればご入力ください。

医療機関名・事業所名  
受診者名のみ印字

健診結果報告書

きりとり線

佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター  
〒840-0054 佐賀市水ヶ江1丁目12-10



人間ドック用報告書(表) ※A3サイズ

健診結果報告書

健診番号・登録番号(ID)  
 受診者氏名  
 生年月日  
 性別  
 保険証記号・番号  
 特定健診登録番号  
 検体情報( )

【自覚症状・業務歴】

【生活習慣】

今回の総合判定【 】

【結果判定の説明】

1. 今回の検査では、明らかに異常は認められませんでした。
2. 軽度異常があります。軽微なものと判断されます。
3. 経過観察が必要です。医師の指示に従ってください。
4. 医師の指示が必要です。医師の指示に従ってください。
5. 医師の指示が必要です。医師の指示に従ってください。

※かかりつけの医師による現在の状態を確認して下さい。

メタボリックシンドローム  
 特定健康診断レポート

【検査】

【検査】

区分	項目	単位	基準範囲	測定値	項目	単位	基準範囲	測定値	区分	判定
身体計測	身長	cm			ナトリウム	mEq/L	138-146		心電図	
	体重	kg			カリウム	mEq/L	3.6-4.9			
	標準体重	kg			クロール	mEq/L	98-109			
	肥満度	%	-10-10		カルシウム	mg/dL	8.0-10.0			
視力	BMI		18.5-24.9		無機リン	mg/dL	2.5-4.7		聴覚入線	
	体脂肪率	%			尿酸	mg/dL	8.0-20.0			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		クレアチニン	mg/dL	0.6-1.0		腰部超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		eGFR	ml/分/1.73m <sup>2</sup>	60以上			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		蛋白	g/L	(-)		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		γ-GTP	U/L	正常			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3		心臓超音波	
	聴力	cm	両耳0.1		尿酸	mg/dL	3.0-8.3			
聴力										



# 心電図検査判定・所見

(事業所名・医療機関名)

受診日 年 月 日

受診者名

( 歳) (男・女)

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

<判定>

1	異常なし
2	※ 所見あるも異常なし
3	再検または要観察
4	要精検
5	要治療

整理No. \_\_\_\_\_

(血圧)

/ mmHg

※ 所見あるも放置可と同意

注) 判定2～5の場合は所見を記入してください

<所見> 4001 異常所見なし ( )

所見コード	所見	所見コード	所見
4008	電解質異常の疑い	4062	RSR'パターン
4045	低電位差(四肢誘導)	4032	完全右脚ブロック
4046	低電位差(胸部誘導)	4033	不完全右脚ブロック
4047	右胸心疑い	4034	完全左脚ブロック
4050	QT延長	4129	左脚前枝ブロック
4193	QT短縮	4130	左脚後枝ブロック
4065	時計回転	4128	心室内伝導障害
4066	反時計回転	4197	ブルガタ症候群
4194	高いT波	4198	J波症候群
4195	ST上昇	4006	心筋障害の疑い
4041	右軸偏位	4048	非特異性ST-T変化
4042	高度な右軸偏位	4049	虚血性ST-T変化
4043	左軸偏位	4137	平低T
4044	高度な左軸偏位	4138	陰性T
4012	右房負荷	4017	上室期外収縮
4013	左房負荷	4018	上室期外収縮(頻発)
4014	右室肥大	4019	心室期外収縮
4015	左室肥大	4020	心室期外収縮(頻発)
4016	左室肥大の疑い	4021	心房細動
4060	左室高電位	4022	心房粗動
4025	房室ブロックI度	4031	洞機能不全症候群
4123	房室ブロックII度(W型)	4037	洞頻脈
4124	房室ブロックII度(M型)	4038	洞徐脈
4027	房室ブロックIII度	4039	上室頻拍
4028	WPW症候群	4040	心室頻拍
4063	PR短縮	4070	洞不整脈
4064	PR延長	4171	房室接合部調律
4009	陈旧性心筋梗塞	4189	異所性調律
4011	心筋梗塞の疑い	4024	その他の不整脈( )
4054	異常Q波	4052	その他の所見あり( )
4061	R波の増高不良		

判読医 \_\_\_\_\_



# 胃部 X 線 検 査 判 定 ・ 所 見

妊娠の有無 有・無

(事業所名・医療機関名)

受診日 年 月 日

受診者名

( 歳) (男・女)

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

## <判 定>

1	異常なし
2	※ 所見あるも異常なし
3	再検または要観察
4	要精検
5	要治療

※ 所見あるも放置可と同意

注) 判定 2～5 の場合は所見を記入してください

<所 見> 001 異常所見なし 004 要内視鏡 777 術後胃

	食道	胃噴門部	胃体上部	胃体中部	胃体下部	胃角部	胃前庭部	胃幽門部	十二指腸球部
欠損	011	021	031	041	051	061	071	081	091
バリウム斑	012	022	032	042	052	062	072	082	092
ひだ集中	013	023	033	043	053	063	073	083	093
ニッシェ	014	024	034	044	054	064	074	084	094
粘膜異常	015	025	035	045	055	065	075	085	095
辺縁硬化	016	026	036	046	056	066	076	086	096
その他の所見 (30文字)									

## <示現度>

## <悪性度>

1	A 所見が明瞭に描出	5	悪性
2	B 所見が比較的明瞭に描出	4	悪性疑い
3	C 所見が不明瞭(部分的)に描出	3	良悪の判定困難(潰瘍、瘢痕など)
4	D 所見描出なし	2	良性(胃底腺ポリープ、びらんなど)
		1	正常(健常胃、慢性胃炎など)

前回受診日 年 月 日

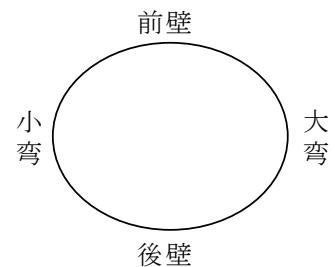
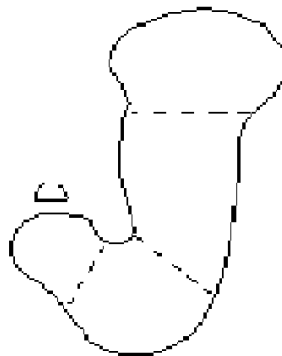
判定

所見

精検日 年 月 日

判定

所見



## <前処置>

あり (ブスコパン・グルカゴン A)

なし (前立腺・緑内障・眼圧・高血圧

心疾患・心電図・高齢・本人希望)

放射線技師

読影医

# 胃カメラ判定・所見

(事業所名・医療機関名)			
受診日	年	月	日
受診者名			
(      歳) (男・女)			
生年月日 M・T・S・H    年    月    日			

## ＜胃カメラ判定＞

1	異常なし
2	※ 所見あるも異常なし
3	再検または要観察
4	要精検
5	要治療

※ 所見あるも放置可と同意

注) 判定2～5の場合は所見を記入してください

＜所見＞ 1801 異常所見なし (      )

所見コード	所見	所見コード	所見	所見コード	所見
1834	食道裂孔ヘルニア	1802	胃潰瘍	1817	十二指腸潰瘍
1812	食道炎	1803	胃潰瘍癒痕	1818	十二指腸潰瘍癒痕
1813	食道粘膜下腫瘍	1804	びらん性胃炎	1819	十二指腸炎
1814	食道ポリープ	1805	慢性胃炎	1820	十二指腸ポリープ
1815	食道憩室	1832	萎縮性胃炎	1821	十二指腸憩室
1816	食道腫瘍	1833	表層性胃炎	1822	十二指腸粘膜下腫瘍
		1806	胃腺腫		
		1807	胃ポリープ		
		1808	胃粘膜下腫瘍		
		1809	胃腫瘍		
		1811	胃リンパ腫		
その他の所見 (15×2文字)					

検査医 \_\_\_\_\_

2019.4



(事業所名・医療機関名)

受診日 年 月 日

受診者氏名

生年月日 T・S・H 年 月 日

# 眼底判定・所見

## 《 判定 》 【右】

1	異常なし	4	要精検
2	所見あるも異常なし	5	要治療
3	再検または要観察		
備考	※判定2: 所見あるも放置可と同意		

## 【左】

1	異常なし	4	要精検
2	所見あるも異常なし	5	要治療
3	再検または要観察		
備考	※判定2: 所見あるも放置可と同意		

## 《 所見 》 【右】 異常所見なし ( )

	S-0	S-1	S-2	S-3	S-4
H-0					
H-1					
H-2					
H-3					
H-4					

## 【左】 異常所見なし ( )

	S-0	S-1	S-2	S-3	S-4
H-0					
H-1					
H-2					
H-3					
H-4					

## 《 糖尿病性網膜症 》 【右】 【左】

微小血管 Ia		
静脈の変化 Ib		
血管新生 IIc		
出血斑 IIIa		
白斑 IIIb		

## 【右】 【左】

近視眼底		
その他 ( )		

( )

※当てはまる所見に○をお願いします。

判読医 \_\_\_\_\_