

# 事業者健診結果データチェックツール入力項目一覧

※不備項目等がないかご確認の上、コピーを当協会までご郵送ください。  
 ※協会けんぽ加入の40～74歳の方の健診結果データをご提供ください。

- は必須項目。
- は項番19～22のいずれか、53～64のいずれかで必須。
- は省略可能。

項番	名称	説明
001	健診実施年月日	西暦8桁
002	健診機関番号	10桁
003	健診機関名称	
004	健診機関郵便番号	
005	健診機関所在地	
006	健診機関電話番号	ハイフン「-」を除く
007	保険者番号	保険証の保険者番号
008	事業所記号	保険証の記号
009	健保番号	保険証の番号
010	被保険者・被扶養者番号	00:被保険者
011	カナ氏名	半角カタカナ
012	生年月日	西暦8桁
013	性別	1:男性 2:女性
014	受診者郵便番号	事業所の郵便番号でも可
015	受診者所在地	省略可
016	身長	cm 小数点以下1桁
017	体重	kg 小数点以下1桁
018	BMI	kg/m <sup>2</sup> 小数点以下1桁 ※入力なき場合、自動計算
019	内臓脂肪面積	cm <sup>2</sup> 小数点以下1桁 ※「20-22.腹囲」が入力されている場合は省略可
020	腹囲	実測 cm 小数点以下1桁 ※「19.内臓脂肪面積」が入力されている場合は省略可
021		自己判定 ※原則実測値を入力(自己申告・自己判定は条件あり)
022		自己申告
023	既往歴	特記有無 1:特記すべきことあり 2:特記すべきことなし
024		内容 「23.特記有無」で2の場合は省略可
025	自覚症状	特記有無 1:特記すべきことあり 2:特記すべきことなし
026		所見 「25.特記有無」で2の場合は省略可

項番	名称	説明
027	他覚症状	特記有無 1:特記すべきことあり 2:特記すべきことなし
028		所見 「27.特記有無」で2の場合は省略可
029	収縮期血圧	その他 mmHg 整数 ※いずれか必須 ※複数項目も可
030		2回目
031		1回目
032	拡張期血圧	その他 mmHg 整数 ※いずれか必須 ※複数項目も可
033		2回目
034		1回目
035	採血時間(食後)	2:食後10時間以上 3:食後3.5時間以上10時間未満 4:食後3.5時間未満
036	中性脂肪(トリグリセリド)	可視吸光光度法 mg/dl 整数 ※いずれか必須 ※検査方法が不明な場合は「その他」
037		紫外吸光光度法
038		その他
039	HDLコレステロール	可視吸光光度法 mg/dl 整数 ※いずれか必須 ※検査方法が不明な場合は「その他」
040		紫外吸光光度法
041		その他
042	LDLコレステロール	可視吸光光度法 mg/dl 整数 ※いずれか必須 ※検査方法が不明な場合は「その他」
043		紫外吸光光度法 ※「45.計算法」は、中性脂肪が400mg/dl以上又は採血時間が10時間未満の場合のみ
044		その他
045		計算法
046	Non-HDLコレステロール	mg/dl 整数
047	GOT(AST)	紫外吸光光度法 U/l 整数 ※いずれか必須 ※検査方法が不明な場合は「その他」
048		その他
049	GPT(ALT)	紫外吸光光度法 U/l 整数 ※いずれか必須 ※検査方法が不明な場合は「その他」
050		その他

項番	名称		説明
051	γ-GT (γ-GTP)	可視吸光光度法	U/l 整数 ※いずれか必須 ※検査方法が不明な場合は「その他」
052		その他	
053	空腹時血糖	電位差法	mg/dl 整数 ※いずれか必須 ※「57-60.随時血糖」「61-64.HbA1c」が入力されている場合は省略可 ※検査方法が不明な場合は「その他」
054		可視吸光光度法	
055		紫外吸光光度法	
056		その他	※食後10時間以内の測定の場合は入力不可
057	随時血糖	電位差法	mg/dl 整数 ※いずれか必須 ※「53-56.空腹時血糖」「61-64.HbA1c」が入力されている場合は省略可 ※検査方法が不明な場合は「その他」
058		可視吸光光度法	
059		紫外吸光光度法	
060		その他	※食後3.5時間未満の測定の場合は入力不可
061	HbA1c	免疫学的方法	% 小数点以下1桁 NGSP値 ※いずれか必須 ※「53-56.空腹時血糖」「57-60.随時血糖」が入力されている場合は省略可 ※検査方法が不明な場合は「その他」
062		HPLC	
063		酵素法	
064		その他	
065	尿糖	機械読み取り	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++ ※いずれか必須
066		目視法	
067	尿蛋白	機械読み取り	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++ ※いずれか必須
068		目視法	
069	血清 クレアチニン	可視吸光光度法	mg/dl 小数点以下1桁
070		その他	
071		対象者	※「69・70.血清クレアチニン」が入力されていない場合は省略可
072		実施理由	
073	eGFR		ml/min/1.73m <sup>2</sup>
074	貧血検査	ヘマトクリット値	% 小数点以下1桁
075		血色素量 (ヘモグロビン値)	g/dl 小数点以下1桁
076		赤血球数	万/mm <sup>3</sup> 整数
077		貧血検査 実施理由	※「74-76.貧血検査」が入力されていない場合は省略可
078	心電図	所見の有無	1:所見あり 2:所見なし
079		所見	※「78.所見の有無」で2の場合は省略可
080		対象者	※「78・79.心電図」が入力されていない場合は省略可
081		実施理由	
082	眼底検査	キースワグナー分類	1:0 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV
083		シェイエ分類:H	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4
084		シェイエ分類:S	1:0 2:1 3:2 4:3 5:4

項番	名称		説明	
085	眼底検査	SCOTT分類	1:I (a) 2:I (b) 3:II 4:III (a) 5:III (b) 6:IV 7:V (a) 8:V (b) 9:VI	
086		Wong-Mitchell	1:所見なし 2:軽度 3:中等度 4:重度	
087		改変Davis分類	1:網膜症なし 2:単純網膜症 3:増殖前網膜症	
088		その他の所見	※その他の所見の判定方法を用いている場合については、本欄に所見を入力する。 ※「85.SCOTT分類」を用いているかつ異常がない場合においては、その旨を入力する。	
089		対象者	※「82-88.眼底検査」が入力されていない場合は省略可	
090		実施理由		
091		メタボリックシンドローム判定		1:基準該当 2:予備群該当 3:非該当 4:判定不能
092		保健指導レベル		1:積極的支援 2:動機付け支援 3:なし 4:判定不能
093		医師の診断(判定)		健診機関での医師の診断(総合判定)を入力
094	健診実施医師名		総合判定を行った医師の名前を入力	
095	服薬1 (血圧)	服薬の有無	1:服薬あり 2:服薬なし	
096		薬剤名		
097		服薬理由		
098	服薬2 (血糖)	服薬の有無	1:服薬あり 2:服薬なし	
099		薬剤名		
100		服薬理由		
101	服薬3 (脂質)	服薬の有無	1:服薬あり 2:服薬なし	
102		薬剤名		
103		服薬理由		
104	既往歴1(脳血管)		1:はい 2:いいえ	
105	既往歴2(心血管)		1:はい 2:いいえ	
106	既往歴3(腎不全・人工透析)		1:はい 2:いいえ	
107	貧血		1:はい 2:いいえ	
108	喫煙		1:はい 2:いいえ	
109	20歳から10kg以上の体重増		1:はい 2:いいえ	
110	30分以上の運動習慣		1:はい 2:いいえ	
111	身体活動を1日1時間以上		1:はい 2:いいえ	
112	歩行速度 同性同年齢比較で速い		1:はい 2:いいえ	
113	1年間の体重変化 ±3kg以上		1:はい 2:いいえ	

項番	名称	説明
114	咀嚼	1:何でもかんで食べることができる 2:歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3:ほとんどかめない
115	食べ方(早食い)	1:速い 2:ふつう 3:遅い
116	就寝前2H以内 夕食3回/週	1:はい 2:いいえ
117	食べ方(夜食/間食) 3回/週	
118	食べ方(間食)	1:毎日 2:時々 3:ほとんど摂取しない
119	朝食抜き 3回/週	1:はい 2:いいえ
120	飲酒習慣	1:毎日 2:時々 3:ほとんど飲まない
121	飲酒量(飲酒日)	1:1合未満 2:1~2合未満 3:2~3合未満 4:3合以上
122	睡眠で休養がとれる	1:はい 2:いいえ
123	生活習慣改善意識	1:改善するつもりはない 2:改善するつもりである 3:近いうちに改善するつもり 4:すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5:すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
124	保健指導利用希望	1:はい 2:いいえ
125	情報提供の方法	1:付加価値の高い情報提供 2:専門職による対面説明 3:1と2両方実施
126	初回面談実施	1:健診当日に初回面談実施

以上