

治療中の方の特定健康診査等情報提供票(年度)

(保険者名:)

(フリガナ)		生年月日 (年齢)	昭和 年 月 日 ()	性別	男・女
名前					
被保険者 記号番号	記号 番号	特定健康診査 受診券整理番号	※受診券紛失の場合チェック <input type="checkbox"/>	今年度特定健診 受診の有無	有・無
受診者住所	(〒 -)			受診者 電話番号	()
保険者番号		健診機関番号			

※受診券紛失欄にチェックされた場合でも、後に健診を受診していることが判明した場合、情報提供料は支払われません。

【問診等】

既往歴	無	有 ()
自覚症状	無	有 ()
他覚症状	無	有 ()
薬剤による 治療状況	A 高血圧症	無 有
	B 高血糖(糖尿病)	無 有
	C 脂質代謝異常症	無 有
現在の喫煙状況	①はい ②以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない ③いいえ	

【基本的な検査項目】

検査項目		検査年月日 (記載日から3か月以内)	検査結果
身体計測	身長	年 月 日	cm
	体重		kg
	BMI		kg/m ²
	腹囲		cm
血圧	収縮期血圧	年 月 日	mmHg
	拡張期血圧		mmHg
血中脂質 検査	空腹時中性脂肪 *1	年 月 日	mg/dl
	随時中性脂肪 *1		mg/dl
	HDL-コレステロール		mg/dl
	LDL-コレステロール		mg/dl
	non-HDLコレステロール *2		mg/dl
肝機能 検査	AST(GOT)	年 月 日	IU/l
	ALT(GPT)		IU/l
	γ-GT(γ-GTP)		IU/l
血糖検査*3 (いずれかの項 目)	空腹時血糖	年 月 日	mg/dl
	ヘモグロビンA1c(NGSP値)		%
	随時血糖		mg/dl
尿検査	尿糖	年 月 日	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++
	尿たんぱく		1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++

*1 やむを得ず空腹時(絶食10時間以上)以外で中性脂肪を測定する場合は、随時中性脂肪による血中脂質検査でも可

*2 中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール可。

*3 食後10時間以上は空腹時血糖、10時間未満はヘモグロビンA1c、やむを得ず食後3.5時間以上10時間未満でヘモグロビンA1cをしない場合は随時血糖可。

【市町国保の独自項目:医療機関記入欄】

※対象...1:呉市・安芸高田市、2:福山市・府中市・府中町、3:北広島町、4:東広島市

血糖検査	空腹時血糖	基本的な項目で未実施の場合、いずれかの項目を実施	年 月 日	mg/dl	※1,3
	随時血糖		年 月 日	mg/dl	※1,3
	ヘモグロビンA1c(NGSP値)	基本的な項目で未実施の場合	年 月 日	%	※1,3,4
腎機能検査	血清クレアチニン(eGFR含む)		年 月 日	()mg/dl, ()ml/分/1.73m ²	※1,2,3,4
尿酸検査	血清尿酸		年 月 日	mg/dl	※3,4
貧血検査	赤血球数・色素量・ヘマトクリット		年 月 日	()×10 ⁴ /mm ³ , ()g/dl, ()%	※3,4
低栄養検査	アルブミン		年 月 日	g/dl	※4

上記結果を踏まえた医師の所見 治療中(データ提供) その他()

年 月 日 医療機関所在地
医療機関名
医師名
電話番号

印

本情報を医療機関から私の医療保険者へ情報提供することに同意します。 年 月 日 (自筆) 名前