

治療中の方の特定健康診査等情報提供票(令和6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	(〒 - )				
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	無	有

【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 <sup>2</sup>
	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, 4
	随時血糖		年 月 日	mg/dl	※1, 3, 4
	ヘモグロビンA1c(NGSP値)		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 <sup>2</sup>		※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 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> , ( )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	<input type="checkbox"/> 治療中(データ提供) <input type="checkbox"/> 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
---------------------------------------	------------------