

令和 年度 治療中の方の特定健康診査等情報提供票

フリガナ		生年月日 (年齢)		性別 1:男 2:女	
名前					
被保険者記号番号			今年度の特定健診受診の有無		有・無
受診者住所	〒				
保険者番号		特定健康診査 受診券整理番号		※1 受診券紛失の場合チェック <input type="checkbox"/>	
健診機関番号		機関名			

※1 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、情報提供料が支払われないことがあります。

【問診等】

既往歴	1: 有 () 2: 無
自覚症状	1: 有 () 2: 無
他覚症状	1: 有 () 2: 無
服薬状況	A. 高血圧に対する薬 1: 有 2: 無
	B. 高血糖(糖尿)に対する薬 1: 有 2: 無
	C. 脂質代謝に対する薬 1: 有 2: 無
現在の喫煙状況	1: 有 2: 以前は吸っていたが、最近1ヶ月は吸っていない 3: 無

【基本的な検査項目】

検査項目	検査年月日※3	検査結果
身体計測	身長 令和 年 月 日	cm
	体重 令和 年 月 日	kg
	BMI 令和 年 月 日	kg/m ²
	腹囲 令和 年 月 日	cm
血圧	収縮期血圧 令和 年 月 日	mmHg
	拡張期血圧 令和 年 月 日	mmHg
血中脂質検査	中性脂肪※2 令和 年 月 日	空腹時 / 随時 mg/dl
	HDL-コレステロール 令和 年 月 日	mg/dl
	LDL-コレステロール 令和 年 月 日	mg/dl
肝機能検査	AST (GOT) 令和 年 月 日	IU/l
	ALT (GPT) 令和 年 月 日	IU/l
	γ-GT (γ-GTP) 令和 年 月 日	IU/l
血糖検査 (いずれかの項目)	空腹時血糖※2 令和 年 月 日	空腹時 / 随時 mg/dl
	ヘモグロビンA1c (NGSP値) 令和 年 月 日	%
尿検査	糖 令和 年 月 日	1: - 2: ± 3: + 4: ++ 5: +++
	たんぱく 令和 年 月 日	1: - 2: ± 3: + 4: ++ 5: +++
	測定不可能・検査未実施時の理由	1: 生理中 2: 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する
腎機能検査 (任意)	血清クレアチニン 令和 年 月 日	mg/dl
	血清尿酸 令和 年 月 日	mg/dl

※2 空腹時(食後10時間以上)・随時(食後3.5時間以上10時間未満)に○を記入してください。

※3 医師の総合判断日から3か月以内に実施された検査を記載してください。

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 ()
----------------	---

(医師の総合判断日)

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

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	令和 年 月 日 名前 (自筆)
----------------------------------	------------------------

連合会記入欄	メタボ判定	1 基準該当 2 予備群該当 3 非該当	保健指導レベル	1 積極的支援 2 動機付け支援 3 なし
--------	-------	----------------------	---------	-----------------------