

特定健康診査情報提供票

		健診等機関名	
氏名(カナ)			健診機関番号
生年月日	昭和	□□年□□月□□日	保険者番号
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	受診券番号
電話番号	-	-	医師の総合判断日 令和 □□年□□月□□日

項目		検査結果		注意事項
身体計測	身長	□□□.□	cm	
	体重	□□□.□	kg	
	腹囲	□□□.□	cm	<input type="checkbox"/> 実測 <input type="checkbox"/> 判定 <input type="checkbox"/> 申告
診察	既往歴	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		
	自覚症状	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		
	他覚症状	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		
血圧	収縮期血圧	□□□	mmHg	
	拡張期血圧	□□□	mmHg	
血中脂質検査	空腹時中性脂肪(食後10時間以上)	□□□□	mg/dl	食後10時間以上の場合は空腹時中性脂肪に、食後10時間未満の場合は随時中性脂肪に値を記入してください。
	随時中性脂肪(食後10時間未満)	□□□□	mg/dl	
	HDL-コレステロール	□□□□	mg/dl	
	LDL-コレステロール	□□□□	mg/dl	
肝機能検査	AST(GOT)	□□□□	U/l	
	ALT(GPT)	□□□□	U/l	
	γ-GT(γ-GTP)	□□□□	U/l	
腎機能検査	血清クレアチニン	□□.□□	mg/dl	
	血清尿酸	□□□.□	mg/dl	
血糖検査	空腹時血糖(食後10時間以上)	□□□□	mg/dl	食後3.5時間未満の場合は、血糖値の記入をせず、HbA1cの値を必ず記入してください。
	随時血糖(食後3.5~10時間未満)	□□□□	mg/dl	
	HbA1c(NGSP値)	□□□.□	%	
尿検査	尿糖	- ± + 2+ 3+		
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+		
	尿潜血	- ± + 2+ 3+		
医師の判断	医師の判断(判定)	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 要再検査 <input type="checkbox"/> 要保健指導		
	その他、所見等記入欄			
	検査未実施の理由	<input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する <input type="checkbox"/> その他		
	医師の氏名			

- 太枠は必須項目となっており、記載のない場合は返戻となります。□には✓を記載ください。
- 排尿障害等で尿検査を実施できない場合、その理由を「検査未実施の理由」から選択ください。

特定健康診査情報提供票 質問票（7項目）

【本人記入欄】（代筆可）

氏名 _____

No.	質問事項	回答欄 該当するものに☐をつけてください	
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
2	現在、血糖を下げる薬を服用又はインスリン注射していますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析等）を受けていますか。	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ
7	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は 合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> ① はい（条件1と条件2を両方満たす） <input type="checkbox"/> ② 以前は吸っていたが最近1ヶ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> ③ いいえ（①②以外）	

本人同意欄（本人記入欄）

私は、診療における検査結果を特定健康診査の結果データとして、 釧路市 に提供することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 _____