

特定健診情報提供料等請求書

〈長崎県国民健康保険団体連合会提出用〉

様式 2 1 0 4 0 1 1

請求日 令和 0 3 年 0 6 月 0 4 日

保険者番号 4 2 0 0 1 8

長崎 市町長 様
国保組合 理事長
(国保担当課扱い)

医療機関番号	4 2 1 0 1 6 9 9 9 9
医療機関住所	長崎市〇〇町〇〇番〇〇号
医療機関名	長崎医院
代表者名	〇〇 〇〇 印
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

請求金額 ⑦ 円

請求年月 令和 0 3 年 0 6 月

【請求金額内訳】

医師の総合判断日	項目	単価 (消費税及び地方消費税を含む)	件数	合計
令和3年4月1日 から 令和4年3月31日	情報提供料	2,750 円	① 件	④ 円
	追加検査分 HbA1c	550 円	② 件	⑤ 円
	追加検査分 腎機能検査 (血清クレアチニン・血清尿酸)	220 円	③ 件	⑥ 円

※情報提供料として、情報提供書1件あたり2,750円が請求できます。

情報提供書のためにHbA1c及び腎機能検査(血清クレアチニン・血清尿酸)を追加で実施した場合に限り、それぞれ550円、220円を2,750円に加算して請求できます。

ただし、この場合は情報提供書の『追加検査実施欄』に〇記入が必要です。

※情報提供料等の各種単価は医師の総合判断日によって異なるため、確認の上請求をお願いいたします。

○記入方法及び注意事項

※請求書の様式変更は行わないでください

※鉛筆以外(ボールペン等)でご記入ください

※医療機関住所欄等はゴム印使用可能です

請求書を送付する日を記入

保険者番号を記入(例:長崎市であれば「420018」)

保険者名を記入(例:長崎市)

医療機関の住所、医療機関番号、医療機関名、代表者名、電話番号を記入(捺印は省略可)

【⑦=④+⑤+⑥(【請求金額内訳】の④、⑤、⑥の合計金額を記入)

請求年月の記入(例:連合会へ6月に提出する場合...【令和3年6月】)

①情報提供料(追加検査なし)分の請求件数を記入

②本事業のためにHbA1cを実施した件数を記入(追加検査)

※情報提供書の『追加検査実施(〇記入)』に「〇」を記入

③本事業のために腎機能検査(血清クレアチニンと血清尿酸はセット)を実施した件数を記入(追加検査)

※情報提供書の『追加検査実施(〇記入)』に「〇」を記入

④情報提供料(追加検査なし)分の請求金額(=件数×単価2,750円)を記入

⑤本事業のためにHbA1cを実施した分(追加検査分)の請求金額(=件数×単価550円)を記入

⑥本事業のために腎機能検査(血清クレアチニンと血清尿酸はセット)を実施した分(追加検査分)の

請求金額(=件数×単価220円)を記入

【令和3年6月請求分】 特定健康診査情報提供書【表】 (長崎県国民健康保険団体連合会提出用)

▼本人記入欄 (全て記入/代筆可)

フリガナ	コクホ タロウ	保険者番号	4 2 0 0 1 8
氏名	国保 太郎	生年月日	昭和 2 7 年 0 1 月 1 2 日
郵便番号	〒 8 5 0 - 0 0 2 5	性別	男 (○) ・ 女
住所	長崎市今博多町8-2	年齢	6 8 歳
電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	受診券整理番号	1 9 1 9 9 9 9 9 9 9
		被保険者証番号	1 2 3 4 5
		医師の総合判断日※1	令和 0 3 年 0 4 月 1 5 日

▼医療機関記入欄 (任意項目以外全て記入)

項目	追加検査実施 (○記入)	検査結果	注意事項	
基本項目	①	身長	cm	小数点以下1桁
	②	体重	kg	小数点以下1桁
	③	BMI	kg/m ²	小数点以下1桁
	④	腹囲	cm	小数点以下1桁
	⑤	収縮期血圧	mmHg	
		拡張期血圧	mmHg	
	⑦	中性脂肪	mg/dl	
		HDLコレステロール	mg/dl	
		LDLコレステロール ※2	mg/dl	
	⑩	AST(GOT)	U/l	
		ALT(GPT)	U/l	
		γ-GT(γ-GTP)	U/l	
	⑬	尿糖	- ± + ++ +++以上	
		尿蛋白	- ± + ++ +++以上	
		尿検査測定不能	排尿障害等のため尿検査を実施できません。()	
	⑯	血清クレアチニン ※3	mg/dl	小数点以下2桁
		血清尿酸 ※3	mg/dl	小数点以下1桁
	⑱	HbA1c(NGSP値) ※4	%	小数点以下1桁
空腹時血糖 ※4		mg/dl		
任意項目	⑲	随時血糖 ※4	mg/dl	
	⑳	Non-HDLコレステロール ※2	mg/dl	
	㉑	ヘマトクリット値(Ht)	%	小数点以下1桁
	㉒	血色素量[ヘモグロビン値(Hb)]	g/dl	小数点以下1桁
	㉓	赤血球数	万/mm ³	
㉔	尿潜血	- ± + ++ +++以上		
㉕	医師の診断	異常なし() 治療中() 経過観察() 要注意() 要検査()		
医療機関コード	4 2 1 0 1 6 9 9 9 9	医療機関住所	長崎市〇〇町〇〇番〇〇号	
医師名	〇〇 〇〇	医療機関名	長崎医院	

○記入方法及び注意事項

- ※鉛筆以外 (ボールペン等) でご記入ください
- ※医療機関住所欄等はゴム印使用可能です
- ※不足項目がないか確認ください
- ※カラー印刷以外 (白黒) でも提出可能です

- 請求年月の記入 (例: 連合会へ6月に提出する場合...【令和3年6月】)
- 被保険者が個人情報全て記入
ただし、被保険者の記入が難しい項目は医療従事者代筆可 (保険者番号等)
- ご注意! 年齢は医師の総合判断日時点の年齢を記入する
- ご注意! 医療機関の記入となります
- 基本項目 (①~⑱) は必須項目のため全て記入 ※未記入がある場合は返戻となる (一部例外有)
- 排尿障害等により尿検査を実施できない場合は『尿検査測定不能⑬』欄に○を記入
- 本事業のために腎機能検査 (⑯血清クレアチニン、⑰血清尿酸はセット) を実施した場合、『追加検査実施 (○記入)』欄に○を記入
- 本事業のために⑱HbA1cを実施した場合、『追加検査実施 (○記入)』欄に○を記入
- 血糖検査について、⑱HbA1cは原則必須
ただし、⑲空腹時血糖または⑳随時血糖の検査結果があれば、⑱HbA1cが未記入でも返戻にならない
- 任意項目 (⑲~㉕) は診療情報があれば記入 (未記入可)
- ㉕医師の診断は必須項目
- 医療機関コード、医療機関住所、医師名、医療機関名を全て記入 (ゴム印使用可能)

● 情報提供書の請求は請求書、情報提供書(裏面:質問票兼同意書)を添付し、長崎県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
 ※1 最後に医師が総合的に判断した日を記入する。
 ※2 LDLコレステロールをNon-HDLコレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)に代えることができる。ただし、中性脂肪(血清トリグリセリド)が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合に限る。
 ※3 診療情報に検査結果がなく、本紙(情報提供書)のために追加で検査を実施した場合は「追加検査実施」に○を記入する。
 ※4 空腹時血糖または随時血糖のいずれかがあれば、血糖検査のHbA1cを必須としない。

▼本人記入欄 該当するものに○をしてください (医師等の問診による記入可)		様式	2	1	0	4	0	1	3
	既往歴(高血圧・糖尿病・脂質異常症等)がありますか			<input checked="" type="radio"/>				<input type="radio"/>	
	今、体調の悪いところ(自覚症状)がありますか			<input checked="" type="radio"/>				<input type="radio"/>	
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか			<input checked="" type="radio"/>				<input type="radio"/>	
2	現在、血糖を下げる薬又はインシュリン注射を使用していますか			<input checked="" type="radio"/>				<input type="radio"/>	
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 checked="" type="radio"/>				<input type="radio"/>	
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="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>	
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="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>	
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか			<input checked="" type="radio"/>				<input type="radio"/>	
7	医師から貧血といわれたことがありますか			<input checked="" type="radio"/>				<input type="radio"/>	
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか (※これまでに合計100本以上、又は6か月以上吸っており、最近1か月間も吸っている)			<input type="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>	
9	20歳の時の体重から、10kg以上増加していますか			<input checked="" type="radio"/>				<input type="radio"/>	
10	1回30分以上の軽く汗をかき運動を週2日以上、1年以上実施していますか			<input type="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか			<input checked="" type="radio"/>				<input type="radio"/>	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか			<input type="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>	
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか			<input checked="" type="radio"/> ①何でもかんで食べられる <input type="radio"/> ②かみにくいことがある <input type="radio"/> ③ほとんどかめない					
14	人と比較して食べる速度が速いですか			<input type="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか			<input checked="" type="radio"/>				<input type="radio"/>	
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか			<input type="radio"/>				<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか			<input checked="" type="radio"/>				<input type="radio"/>	
18	お酒(日本酒・焼酎・ビール・洋酒など)を飲む頻度は、どれくらいですか			<input checked="" type="radio"/> ①毎日 <input type="radio"/> ②時々 <input type="radio"/> ③ほとんど飲まない(飲めない)					
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どれくらいですか ・日本酒1合(180ml)の目安ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎25度(110ml) ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) ※問18が「ほとんど飲まない」方は「1合未満」を選択して下さい。			<input checked="" type="radio"/> ①1合未満 <input type="radio"/> ②1~2合未満 <input type="radio"/> ③2~3合未満 <input type="radio"/> ④3合以上					
20	睡眠で休養が十分とれていますか			<input type="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか			<input checked="" type="radio"/> ①改善するつもりはない <input type="radio"/> ②改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="radio"/> ③近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="radio"/> ④既に改善に取り組んでいる(概ね6か月未満) <input type="radio"/> ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)					
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか			<input checked="" type="radio"/>				<input type="radio"/>	

○記入方法及び注意事項

- ※鉛筆以外(ボールペン等)でご記入ください
- ※質問票を患者様が持参した場合は転記ください
- ※不足項目がないか確認ください
- ※カラー印刷以外(白黒)でも提出可能です

● 請求年月の記入(例: 連合会へ6月に提出する場合...【令和3年6月】)

● 質問項目は全て必須項目のため全て記入 ※未記入がある場合は返戻となる(一部例外有)

● 項目ごとに、当てはまる箇所に1つだけ○を記入(複数回答不可)

【本人同意欄(自筆)】

この情報提供書(質問票兼同意書)を 長崎市 市・町 国保組合 に提出することに同意します。

令和 3 年 5 月 5 日 氏名 国保 太郎

● 同意日、氏名、保険者名を記入(個人情報提供に対する同意確認のため必須)