

【平成・令和 年 月請求分】特定健診の情報提供書

【本人記入欄】全て記入（代筆可）

様式	1	9	0	4	0	1	4
フリガナ							
氏名	保険者番号		4	2			
郵便番号	生年月日		昭和		年		月
住所	性別 ※1		男（ ）	女（ ）	年齢		歳
連絡先(電話番号)	受診券整理番号						
	被保険者証番号						
	医師の総合判断日 ※4		平成		年		月
			令和				日

【医療機関記入欄】任意項目以外全て記入

*該当する元号を選択

項目	項目	追加検査実施 (○記入)	検査結果					注意事項	
基本項目	身体測定	身長			.		cm	小数点以下1桁	
		体重			.		kg	小数点以下1桁	
		BMI			.		kg/m ²	小数点以下1桁	
		腹囲			.		cm	小数点以下1桁	
基本項目	血圧	収縮期血圧					mmHg		
		拡張期血圧					mmHg		
基本項目	脂肪検査	中性脂肪					mg/dl		
		HDLコレステロール					mg/dl		
		LDLコレステロール					mg/dl	※6	
基本項目	肝機能検査	AST (GOT)					U/l		
		ALT (GPT)					U/l		
		γ-GT (γ-GTP)					U/l		
基本項目	尿検査	尿糖 ※1	- ()	± ()	+	()	++ ()	+++以上 ()	
		尿蛋白 ※1	- ()	± ()	+	()	++ ()	+++以上 ()	
		尿検査測定不能 ※2	排尿障害等のため尿検査を実施できません。()						
基本項目	腎機能検査	血清クレアチニン			.		mg/dl	小数点以下2桁	
		血清尿酸			.		mg/dl	小数点以下1桁	
基本項目	血糖検査	HbA1c (NGSP値)			.		%	※5 小数点以下1桁	
任意項目	血糖検査	空腹時血糖					mg/dl	※5	
		随時血糖					mg/dl	※5	
	脂肪検査	Non-HDLコレステロール					mg/dl	※6	
	貧血検査	ヘマトクリット値 (Ht)			.		%	小数点以下1桁	
		血色素量〔ヘモグロビン値 (Hb)〕			.		g/dl	小数点以下1桁	
	尿検査	尿潜血 ※1			- ()	± ()	+	()	++ ()
医師の診断 ※1		異常なし ()	治療中 ()	経過観察 ()	要注意 ()	要検査 ()			
医療機関コード			医療機関住所						
医師名			医療機関名						

<長崎県国民健康保険団体連合会提出用>

- ※1: いずれかの () 内に○を記入する。
- ※2: 尿検査が排尿障害等のため実施できない場合は () 内に○を記入する。
- ※3: 追加で検査を実施した場合、「追加検査実施」欄に左枠内に○を記入する。
- ※4: 最後に医師が総合的に判断した日を記入する。
- ※5: 血糖検査のHbA1cは必須項目、空腹時血糖および随時血糖は任意項目として設定しているが、空腹時血糖または随時血糖のいずれかがあれば、HbA1cを必須としない。
- ※6: 脂肪検査の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、Non-HDLコレステロールを記入する場合は実施要領の12.注意事項④に注意すること。

●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、国保連合会へ送付ください。