

【表】 【平成 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 2

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

【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	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	
	血圧	収縮期血圧					mmHg		
		拡張期血圧					mmHg		
	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	
	肝機能検査	AST (GOT)					U/l		
ALT (GPT)						U/l			
γ-GT (γ-GTP)						U/l			
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。()						
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	※3			.		mg/dl	小数点以下1桁	
血糖検査	HbA1c (NGSP値)	※3			.		%	※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
		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		- ()	± ()	+	()	+++以上 ()		
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。

【裏】 【平成 年 月請求分】 特定健診の情報提供書（質問票兼同意書）
令和

【本人記入欄】 医師等の問診による記入可

様式 1 9 0 4 0 1 3

項目	質問事項	回答欄			
		該当する（ ）内に○を記入してください			
	既往歴（高血圧・糖尿病・脂質異常症 等）がありますか。	はい（ ）	いいえ（ ）		
	今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。	はい（ ）	いいえ（ ）		
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	はい（ ）	いいえ（ ）		
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	はい（ ）	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。	はい（ ）	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。	はい（ ）	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。	はい（ ）	いいえ（ ）		
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。	はい（ ）	いいえ（ ）		
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	はい（ ）	いいえ（ ）		
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（※今までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っており最近1ヶ月間も吸っている方）	はい（ ）	いいえ（ ）		
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	はい（ ）	いいえ（ ）		
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	はい（ ）	いいえ（ ）		
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。	はい（ ）	いいえ（ ）		
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。	はい（ ）	いいえ（ ）		
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。	何でもかめる（ ）	かみにくいことがある（ ）	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。	速い（ ）	普通（ ）	遅い（ ）	
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。	はい（ ）	いいえ（ ）		
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。	毎日（ ）	時々（ ）	ほとんど摂取しない（ ）	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	はい（ ）	いいえ（ ）		
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度は、どのくらいですか。	毎日（ ）	時々（ ）	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、どのくらいですか。 日本酒1合（180ml）の目安： ビール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。	1合未満（ ）	1～2合未満（ ）	2～3合未満（ ）	3合以上（ ）
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	はい（ ）	いいえ（ ）		
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。	改善するつもりはない（ ）			
		改善するつもりである（ ）			
		近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている。（ ）			
		既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満）（ ）			
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。	既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）（ ）			
		はい（ ）	いいえ（ ）		

【本人同意欄（自筆）】

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

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

令和 _____
*該当する元号を選択