

【令和 年 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		保険者番号		4	2															
氏名		生年月日		昭和				年			月			日						
郵便番号		〒						-						性別		年齢				歳
住所		受診券整理番号																		
電話番号		-		-		医師の総合判断日※1		令和				年			月			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	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 <sup>2</sup>	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 ※2					mg/dl												
	肝機能検査	AST(GOT)					U/l												
		ALT(GPT)					U/l												
		γ-GT(γ-GTP)					U/l												
	尿検査	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。( )																
腎機能検査	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												
	血糖検査					%	小数点以下1桁												
任意項目	血糖検査	空腹時血糖 ※4					mg/dl												
		随時血糖 ※4					mg/dl												
	脂肪検査	Non-HDLコレステロール ※2					mg/dl												
	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											
		赤血球数					万/mm <sup>3</sup>												
尿検査	尿潜血		-	±	+	++	+++以上												
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													医療機関住所						
医師名													医療機関名						

● 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 診察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。

【 令和 年 月請求分 】 (質問票兼同意書)【裏】

▼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	2	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		①はい	②いいえ					
	今、体調の悪いところ(自覚症状)がありますか		①はい	②いいえ					
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか		①はい	②いいえ					
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		①はい	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		①はい	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		①はい	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		①はい	②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		①はい	②いいえ					
7	医師から貧血といわれたことがありますか		①はい	②いいえ					
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)		①はい	②いいえ					
9	20歳の時の体重から、10kg以上増加していますか		①はい	②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		①はい	②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		①はい	②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		①はい	②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		①何でもかんで食べられる ②かみにくいことがある 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		①速い ②普通 ③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		①はい	②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		①毎日 ②時々 ③ほとんど摂らない						
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか		①はい	②いいえ					
18	お酒(日本酒・焼酎・ビール・洋酒など)を飲む頻度は、どれくらいですか		①毎日 ②時々 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。		①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上						
20	睡眠で休養が十分とれていますか		①はい	②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		①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) 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 ④既に改善に取り組んでいる(概ね6か月未満) 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		①はい	②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。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_