

(医療機関記入面)

岡山県内市町村国民健康保険 特定健診相当検査結果提供 【情報提供票】

| | | | |
|-------|-------------|------|-----|
| 保険者番号 | 3 3 0 0 1 9 | 保険者名 | 岡山市 |
|-------|-------------|------|-----|

| | |
|-----------|----------------|
| 被保険者番号 | 岡 - |
| 特定健診受診券有無 | 有(添付)・無(受診券紛失) |
| 氏名※ | (カナ) |
| | |
| 生年月日※ | 昭和 年 月 日 |

*保険証を必ずご確認ください。
 *特定健診受診券の発行年度と検査実施日が同じ年度であることをご確認ください。
***原則、本票提出の際は、特定健診受診券を添付いただく必要がありますが、受診券紛失の場合は、特定健診を受診済み・受診予定、又は検査結果提供済みでないことを患者様にご確認ください。**
 *検査項目については、検査結果シートの貼付をもって記入に替えることができます。
 *裏面の本人同意欄と、左側枠外に◎がついている0～3及び8の質問項目の記入は必須ですのでご確認ください。
 ※情報提供票に受診券を添付していただいた場合は、氏名、生年月日の記入は不要です。

| | | |
|-------|----------|--------------------------------|
| 検査実施日 | 令和 年 月 日 | ※検査実施日が複数日にまたがる場合は、最初の検査実施日を記入 |
|-------|----------|--------------------------------|

| | | 検査項目 | 検査結果 | 注意事項 |
|-------------------------|-----------------|-----------------------|---------------------|-------------|
| 特定健診基本項目 (全て)記入ください) | 身体計測 | 身長 | . cm | 小数点以下1桁まで記入 |
| | | 体重 | . kg | 同上 |
| | | BMI | . kg/m ² | 同上 |
| | | 腹囲 | . cm | 同上 |
| | 血圧 | 収縮期血圧 | mmHg | |
| | | 拡張期血圧 | mmHg | |
| | 脂質 | 空腹時中性脂肪*1 (いずれか必須) | mg/dl 食後 時間 | 採血時間(食後)必須 |
| | | 随時中性脂肪*1*2 | mg/dl 食後 時間 | // |
| | | HDLコレステロール | mg/dl | |
| | | LDLコレステロール*3 | mg/dl | 下記*3参照 |
| | | (Non-HDLコレステロール)*3 | mg/dl | // |
| | 肝機能 | AST(GOT) | IU/l | |
| | | ALT(GPT) | IU/l | |
| | | γ-GT(γ-GTP) | IU/l | |
| | 糖代謝 (いずれか必須) | 空腹時血糖 | mg/dl | |
| | | HbA1c(NGSP値) | . % | 小数点以下1桁まで記入 |
| | | 随時血糖 *4 | mg/dl | 下記*4参照 |
| | 尿検査 | 尿糖 | - ± + 2+ 3+ | |
| 尿たんぱく | | - ± + 2+ 3+ | | |
| 任意項目 | 血液検査 | 血清クレアチニン | . mg/dl | 小数点以下2桁まで記入 |
| | | 血清尿酸 | . mg/dl | 小数点以下1桁まで記入 |
| | 脂質 | 総コレステロール | mg/dl | |

- *1: 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪の判定のため、採血時間(食後)の情報は必須。
- *2: やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合、随時中性脂肪による検査結果でも可。
- *3: 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合は、LDLコレステロールに代えて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)による評価でも可。
- *4: 空腹時以外に採血を行い、HbA1c(NGSP値)を測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖の結果でも可。

| | | |
|-------|-----------------------------------|-------------------------|
| 医師の判断 | <input type="checkbox"/> 治療中 | 治療中の疾患の名称(主病を明記してください。) |
| | <input type="checkbox"/> 要治療 | |
| | <input type="checkbox"/> 経過観察・要指導 | |
| | <input type="checkbox"/> 異常認めず | |

(医師の総合判断日) ※判断日は、最初の検査実施日から3か月以内となります。

令和 年 月 日 医療機関所在地
 医療機関名
 医師名