

【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)

様式 2 5 0 4 0 1 2

フリガナ		保険者番号	4 2
氏名		生年月日	昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
郵便番号	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	性別	男・女 年齢 <input type="text"/> 歳
住所		受診券整理番号	<input type="text"/>
		被保険者証番号	<input type="text"/>
電話番号	- -	医師の総合判断日※1	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

▼医療機関記入欄 (任意項目以外全て記入)

※1 最後に医師が総合的に判断した日を記入する。(令和8年3月31日迄)

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	空腹時中性脂肪 ※5					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			①生理中 ②排尿障害 ③その他 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 HbA1c(NGSP値) ※3 ※4					%	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	随時中性脂肪 ※5					mg/dl	
		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	<input type="text"/>	医療機関住所	<input type="text"/>					
医師名	<input type="text"/>	医療機関名	<input type="text"/>					

● 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。

※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(血清トリグリセライド)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。

※5 空腹時中性脂肪の検査結果がない場合には、随時中性脂肪を必須とする。

【 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	5	0	4	0	1	3
	既往歴(高血圧・糖尿病・脂質異常症)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 条件1:最近1ヶ月間吸っている 条件2:生涯で6ヶ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている		①はい(条件①②両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(条件②のみ満たす) ③いいえ(①②以外)						
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 ※過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があり、最近1年以上酒類を摂取していない者は⑦「やめた」を選択して下さい。		①毎日 ②週5～6日 ③週3～4日 ④週1～2日 ⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧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(15度・180ml)の目安:ビール(5度・約500ml)、焼酎25度(110ml)、ワイン1杯(60ml) ウイスキー1杯(60ml)、缶チューハイ(5度・約500ml、同7度・約350ml) ※問18で⑦⑧の方は「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 ④3～5合未満 ⑤5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ヵ月以内) ③近いうちに(概ね1ヵ月以内)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ヵ月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6ヵ月以上)						
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか		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 \_\_\_\_\_

●ご記入が不自由な方の場合、医療機関従事者の代筆で結構です。

(長崎県国民健康保険団体連合会提出用)