

## 特定健康診査に係る治療中患者の診療情報提供票(令和8年度・潟上市)

【同意欄】 ※被保険者が記入

本情報を医療機関から私の医療保険者へ情報提供することに同意します。	令和 年 月 日
	氏名 (自筆)

太枠の中を全て記入してください。※医療機関が記入

被保険者番号(※1)	受診券整理番号	性	男
フリガナ	生年月日 (年齢)	昭和 年 月 日 ( )	別 女
名前			
受診者住所	(〒 - )		
既往歴	無 有 ( )		
自覚症状	無 有 ( )		
他覚症状	無 有 ( )		

小数点以下は、第一位まで記入。ただし、血清クレアチニン検査は、小数点以下第2位まで記入。

検査項目		検査結果	検査項目	検査結果	
身体計測	身長	cm	肝機能	AST(GOT)	U/l
	体重	kg		ALT(GPT)	U/l
	BMI	kg/m <sup>2</sup>		γ-GT(γ-GTP)	U/l
	腹囲	cm	血糖(※2)	空腹時血糖	mg/dl
血圧	収縮期血圧	mmHg		HbA1c (NGSP値)	%
	拡張期血圧	mmHg	随時血糖 (やむを得ない場合)	mg/dl	
血中脂質(※2)	空腹時中性脂肪	mg/dl	尿	糖	1 - 2 ± 3 + 4 ++ 5 +++
	HDLコレステロール	mg/dl		蛋白	1 - 2 ± 3 + 4 ++ 5 +++
	LDLコレステロール	mg/dl		□ 排尿障害等のため尿検査を実施できません	
	Non-HDL コレステロール(※2)	mg/dl			
随時中性脂肪 (やむを得ない場合)	mg/dl				
※2 採血時間(食後経過時間)		時間			

秋田県独自の追加健診項目 (検査を実施した場合に記入してください)	血清クレアチニン検査 ※小数点以下第2位まで記入	mg/dl
	eGFR算出	ml/min/1.73m <sup>2</sup>
	尿酸	mg/dl

※1 記号がある市町村は、被保険者記号番号を記載

※2 中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、Non-HDLコレステロールの測定でも可

医師の判断	1 異常なし    2 治療中    3 経過観察    4 要注意    5 要検査
-------	---

最初に行われた検査実施日 ※3	年 月 日	※3 最初に行われた検査実施日と、最後に実施された医師の総合判断日までの間は、3か月以内
医師の総合判断日 ※3	年 月 日	

令和 年 月 日	医療機関所在地	医療機関名	医師名	印
----------	---------	-------	-----	---

※4 診査結果が記された報告書が別途ある場合は、検査項目の記載を省略し裏面の「のりしろ」欄に貼り付けすることも可能です。

**特定健康診査 質問票**

氏名 \_\_\_\_\_

回答欄の該当するものを○で囲んでください。また、( )内への記入もお願いします。

質問項目	回答欄
1 現在、血圧を下げる薬を使用※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スリン注射を使用※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使用※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、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	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。 「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2の両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	1. はい(条件1と条件2を両方満たす) 2. 以前は吸っていたが、最近1か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. 何でもかんで食べることができる 2. 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、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. ほとんど摂取しない
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)を飲む頻度はどのくらいですか。 「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者	1. 毎日 7. やめた 2. 週5~6日 8. 飲まない 3. 週3~4日 (飲めない) 4. 週1~2日 5. 月に1~3日 6. 月に1日未満
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(アルコール度数15度・180ml)の目安 ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、 ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml) 缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	1. 1合未満 4. 3~5合未満 2. 1~2合未満 5. 5合以上 3. 2~3合未満
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(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、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

※医師の診断・治療のもとで服薬中のものを指す。

○4~7の病気以外に過去に治療をうけたり、現在治療している病気がありますか。

なし あり( )

○最近1か月で気になっている症状はありますか。

なし あり( )

注:(医療機関の方へ)事業団を経由せず、直接、審査支払機関へデータを送付している場合、枠内項目のシステム入力には不要です。