

| | | | | | |
|---------------|----------|-------------------|--|------------------|-----|
| (フリガナ) | | 生年月日 (年齢) | 昭和 年 月 日() | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | | | | | |
| 被保険者証 記号番号 | 記号 番号 | 特定健康診査 受診券整理番号 | ※受診券紛失の場合チェック <input type="checkbox"/> | 今年度特定健康 診査の有無 | 有・無 |
| 受診者住所 | (〒 -) | | | | |

【問診等】

| | | |
|---------|-----------------|-------|
| 既往歴 | 無 | 有 () |
| 自覚症状 | 無 | 有 () |
| 他覚症状 | 無 | 有 () |
| 状況薬 | A. 高血圧に対する薬 | 無 有 |
| | B. 高血糖(糖尿)に対する薬 | 無 有 |
| | C. 脂質代謝に対する薬 | 無 有 |
| 現在の喫煙状況 | 無 | 有 |

※太枠内は医療機関記入欄です。

| | | | |
|-------|--------|--------|--|
| 保険者番号 | 340091 | 健診機関番号 | |
|-------|--------|--------|--|

※受診券紛失欄にチェックされた場合でも後に健診を受診していることが判明した場合、情報提供料が支払われないことがあります。

【基本的な検査項目】

| 検査項目 | 検査年月日 (記載日から3か月以内の データをご使用ください。) | 検査結果 |
|-------------------|--|-----------------------------|
| 身体計測 | 年 月 日 | 身長 cm |
| | | 体重 kg |
| | | BMI kg/m ² |
| | | 腹囲 cm |
| 血圧 | 年 月 日 | 収縮期血圧 mmHg |
| | | 拡張期血圧 mmHg |
| 血中脂質検査 | 年 月 日 | 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 |
| | | ※1 non-HDLコレステロール mg/dl |
| 肝機能検査 | 年 月 日 | AST(GOT) IU/l |
| | | ALT(GPT) IU/l |
| | | γ-GT(γ-GTP) IU/l |
| 血糖検査 (いずれかの項目) | 年 月 日 | 空腹時血糖 mg/dl |
| | | ヘモグロビンA1c(NGSP値) % |
| | | ※2 随時血糖 mg/dl |
| 尿検査 | 年 月 日 | 糖 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++ |
| | | たんぱく 1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++ |

※1 中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールの代わりに測定可。

※2 空腹時血糖又はHbA1c(NGSP値)を測定しない場合に測定可(食直後を除く)。

【追加検査項目】

| | | | |
|-------|----------|-------|--------------------------|
| 腎機能検査 | 血清クレアチニン | 年 月 日 | mg/dl |
| | e-GFR | 年 月 日 | ml /分/1.73m ² |

| | |
|----------------|--|
| 上記結果を踏まえた医師の所見 | <input type="checkbox"/> 治療中(データ提供) <input type="checkbox"/> その他() |
|----------------|--|

年 月 日 医療機関所在地
医療機関名
医師名
電話番号

印

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。

年 月 日
氏名
(自筆)