

特定健康診査情報提供票

住所
氏名
氏名のフリガナ（※必ず記入してください）

保険者番号	460014
生年月日	昭和 年 月 日
性別	男 女
受診券整理番号	
被保険者記号・番号	—

【医療機関記入欄】

【医療機関の方へ】

- ★ 特定健診を受診する方、又はすでに特定健診を受診済みの方は、情報提供票の提出は必要ありません。
- ★ 情報提供票を提出した方には、特定健康診査受診券に「済」印を押印してください。
- ★ 結果がすべて埋まらなければ、情報提供料のお支払いができません。（追加項目は除く）
- ★ 連合会への提出時期は必ず守ってください。最終期限を過ぎると情報提供料のお支払いができませんのでご注意ください。

要記入	★治療中の疾患の名称(主病を明記してください)
-----	-------------------------

基 本 項 目	項目	結果	追加検査 実施(※) (○を記入)	注意事項
身体計測	身長	cm		小数点以下1桁
	体重	kg		小数点以下1桁
	腹囲	cm		小数点以下1桁
	BMI	kg/m ²		小数点以下1桁
血圧	収縮期血圧	mmHg		
	拡張期血圧	mmHg		
血中脂質検査	空腹時中性脂肪[食後10時間以上]	mg/dl		いずれかで可
	随時中性脂肪[食後3.5時間以上10時間未満]	mg/dl		
	随時中性脂肪[食後3.5時間未満]	mg/dl		
	HDL-コレステロール	mg/dl		いずれかで可
	LDL-コレステロール	mg/dl		
	nonHDL-コレステロール	mg/dl		
肝機能検査	AST(GOT)	U/l		
	ALT(GPT)	U/l		
	γ-GT(γ-GTP)	U/l		
血糖検査	空腹時血糖(FBS)[食後10時間以上]	mg/dl		いずれかで可 (食後3.5時間未満時は、 HbA1cのみ記入)
	随時血糖[食後3.5時間以上10時間未満]	mg/dl		
	HbA1c(NGSP値)	%		小数点以下1桁
尿検査	尿糖	- ± + 2+ 3+		
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+		
質問票確認	裏面質問票（質問事項※0、1、2、3、8）の記入確認			

※「追加検査実施」欄は、追加検査として実施した項目に○をつけてください。

追加項目	尿検査	尿潜血	- ± + 2+ 3+		
腎臓検査	尿酸(UA)	mg/dl			小数点以下1桁
	クレアチニン(CRE)	mg/dl			小数点以下2桁

■「医師の意見」

- 1 異常認めず
- 2 要指導・観察
- 3 要医療

■尿検査の測定不可能・検査未実施の理由

- 生理中
- 腎疾患等の基礎疾患があるため、排尿障害を有する
- その他

追加検査実施日又は
基本項目記入年月日

令和 年 月 日

医療機関住所

※医療機関番号

医療機関名

※医師名

■本人同意欄(自筆)

この提供票・質問票を鹿児島市に提出することに同意いたします。

- ※ 検査結果等は、地域住民の健康増進を図ることを目的とした保健指導及び学会発表等(個人を特定できない形で使用)に活用します。
- ※ 質問票1～3について、保険者がレセプト情報を確認することがあります。

令和 年 月 日

※代筆の場合

氏名

代筆者

●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。その場合代筆者の署名をお願いします。

特定健康診査情報提供【質問票】

質 問 事 項		回 答 欄 あてはまる番号に○をつけてください。		
※ 0	今、体調の悪いところがありますか。	1. はい()	2. いいえ	
※ 1	A：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	B：現在、血糖を下げる薬を服用又はインスリン注射をしていますか。	1. はい	2. いいえ	
※ 3	C：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(人工透析等)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(加熱式たばこ等を含む)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を両方満たす者である。) 条件①：最近1カ月間吸っている 条件②：生涯で6カ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カ月間は吸っていない(条件②のみ満たす) 3. いいえ(1, 2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	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 <参考 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	2. 1～2合未満	
		3. 2～3合未満	4. 3～5合未満	
		5. 5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ヶ月以内) 3. 近いうちに(概ね1ヶ月以内)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ヶ月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)		
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	

- 質問票はご本人がご記入ください。ただし、ご記入が不自由な方は代筆で結構です。
- 情報提供票作成医療機関において、質問事項の記入確認をお願いします。