

令和6年度鹿児島市特定健診情報提供についての実施説明

《注意点 変更点》

・情報提供票の基本項目が、すべて記載されていない場合は返戻となります

・令和6年度から基本項目、質問項目の一部が変更になっています。

基本項目：「中性脂肪」変更

└─ 空腹時中性脂肪(食後10時間以上)

└─ 随時中性脂肪(食後3.5時間以上10時間未満)

└─ 随時中性脂肪(食後3.5時間未満)

質問項目：質問8「喫煙」修正

質問18・19「飲酒」修正

質問22「保健指導について」修正

詳細は右記二次元コードからご参照ください。



1. 対象者

下記(1)(2)(3)の全てに該当する方

(1) 鹿児島市国民健康保険に加入している40歳以上74歳の方

(2) 特定健診未受診である方

(3) 医療機関に治療中(血液検査等)データがある方

※75歳以上の後期高齢者医療制度に加入の方は対象外です。

2. 実施期間

令和6年4月1日～令和7年3月31日

3. 請求書及び情報提供票の送付先

(送付先) 〒890-0064

鹿児島市鴨池新町6番6号(鴨池南国ビル5階)

鹿児島県国民健康保険団体連合会 保険者支援課 保健事業係

(お問い合わせ先) TEL 099-206-1033 FAX 099-206-1069

・郵送される場合は、個人情報保護と事故防止のために授受が明確となる送付方法(書留・レターパック等)をお願いします。

※送付先、提出先の確認をお願いします。

《受付締め切りについて 注意》

各保険者の契約内容により、最終実施日および請求期限の取り扱いが異なります。

・受付日：毎月1～5日

・締切日：毎月5日(土・日・祝日の場合、翌営業日)

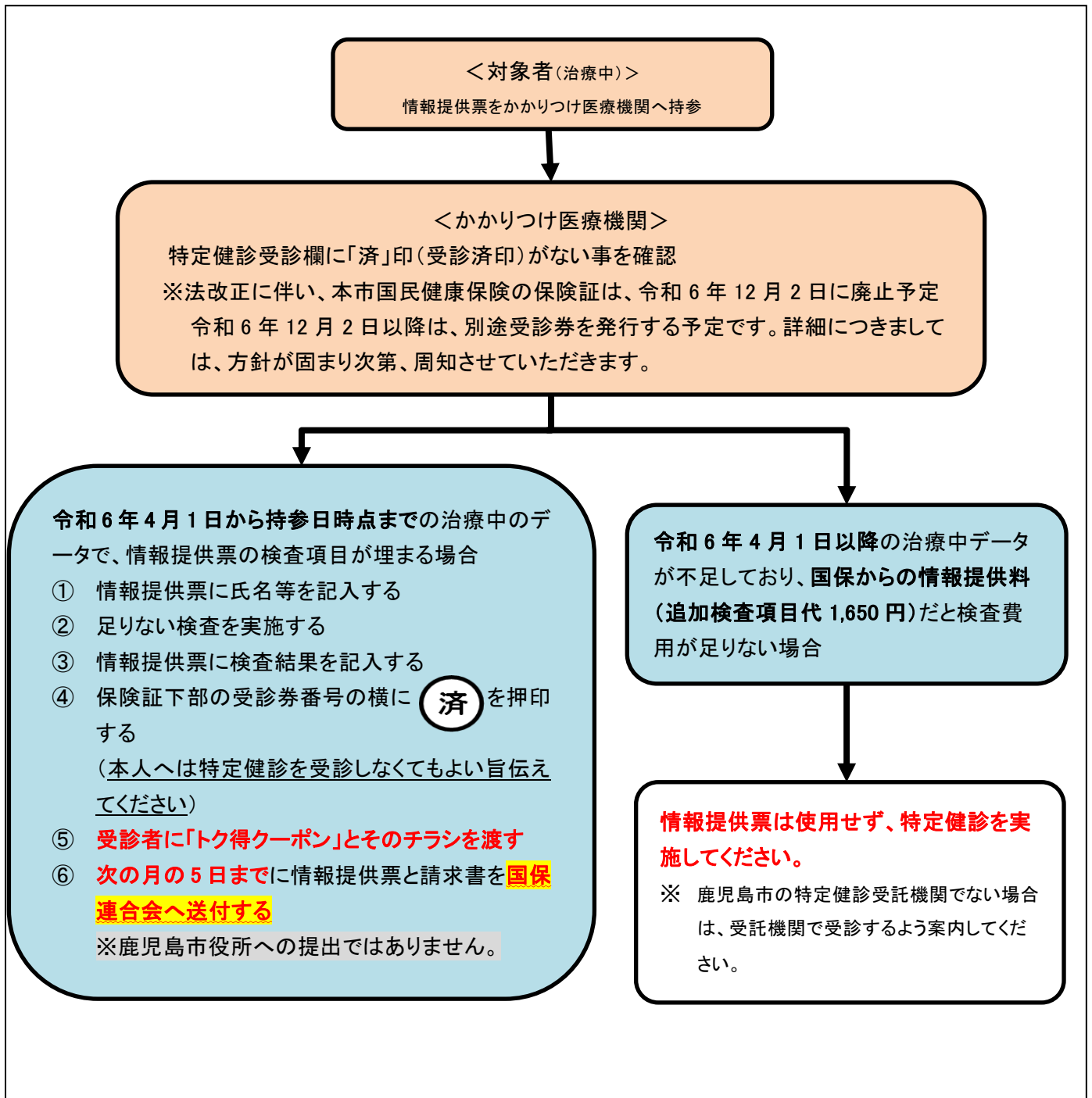
受付日については、鹿児島県国保連合会のホームページでご確認ください。

※情報提供票等受付締切日に間に合わなかった場合、翌月以降の請求に合わせての請求となります。

※3月末までに実施したものについては、請求期限は4月請求分(令和7年4月5日)までです。4月請求分は、返戻等になるとお支払いできない場合がありますのでご注意ください。

4. 実施手順

① 特定健診未受診者で医療機関に治療中(血液検査等)データがある方



5. 情報提供料の委託料単価 (国保連合会を通してお支払いいたします。)

| | |
|------------------|------------|
| 文書料 | 1,100円(税込) |
| 追加検査料 | 1,650円(税込) |
| 追加項目料(尿酸、クレアチニン) | 各121円(税込) |

※追加項目については、両方実施した場合は2件であげてください。

尿潜血については、基本項目の尿検査として取り扱うため、追加項目料に含みません。

| | | | | | |
|----------|-------|----------------------|-------|--------|---|
| 住所 | 氏名 | 氏名のフリガナ (※必ず記入して下さい) | 保険者番号 | 460014 | |
| 生年月日 | 昭和 | 月 | 日 | 性別 | 女 |
| 受診券管理番号 | ※記入不要 | | | | |
| 健康診査受診番号 | - | | | | |

【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、保険証に「済」印を押印してください。
 ★ 結果がすべて正常な場合は、情報提供料の請求はいたしません。(追加項目は除く)

重要記入 ★治療中の疾患の名称 (主病を明記してください) **必須**

| 項目 | 項目 | 結果 | 単位 (O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 |
| | 脚囲 | | 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 | |
| 基本項目 | 空腹時中性脂肪 [空腹10時間以上] | | mg/dl | いずれかで可 |
| | 随時中性脂肪 [空腹3時間以上10時間未満] | | mg/dl | |
| | 随時中性脂肪 [空腹3時間以上10時間未満] | | mg/dl | |
| | HDL-C [コレステロール] | | mg/dl | |
| | LDL-C [コレステロール] | | mg/dl | いずれかで可 |
| 肝機能検査 | AST (GOT) | | U/l | |
| | ALT (GPT) | | U/l | |
| | γ-GT (γ-GTP) | | U/l | |
| | 空腹時血糖 (FBS) [空腹10時間以上] | | mg/dl | いずれかで可 ※空腹3時間未満時は、FBSのみを記入 |
| 血糖検査 | 随時血糖 [空腹2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※O、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Oをつけてください。 | | | |
| 追加項目 | 尿潜血 | - ± + 2+ 3+ | | |
| | 腎臓検査 クレアチニン (CRE) | | mg/dl | 小数点以下1桁 |

医師の意見

1 要治療

2 要観察

3 その他

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、非原障害を有する

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 **必須**

※医療機関番号 **必須**

医療機関名 **必須**

※医師名 **必須**

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) 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となります。
 令和 年 月 日 代筆者 **必須**

【必須】部分に欠損がある場合、返戻扱いとなる場合 (一部除く※) があります。
 ※ 「注意事項」に「いずれかで可」と記載がある検査項目は、1つのみで可
 下記、検査項目が該当

- ・中性脂肪 (令和6年度から変更)
- ・血糖検査
- ・LDL コレステロールと nonHDL コレステロール

- <注意事項>
- (1) 利用できる治療中データ
 令和6年4月1日から令和7年3月31日の間で治療を目的として実施した検査データ
 ※ 記載外の検査データは代わりとして使用できません。
- (2) 基本項目を埋めるために活用する検査データが複数日となる場合、最初の検査実施日から最後に実施する検査・「医師の意見」までの間は、**3か月以内**である必要があります。
- (3) 血清クレアチニンは、小数点第2位まで入力が必要です。
- (4) 「尿検査の測定不可能・検査未実施理由」の項目が追加となっています。

特定健康診査情報提供 【質問票】

| 質問事項 | 回答欄 |
|---|--|
| ※ 0 今、体調の悪いところがありますか。 | 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 必須 |
| ※ 2 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 必須 |
| ※ 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 必須 |
| ※ 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、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12月間喫煙している 条件②：生涯で6か月間以上喫煙し、又は合計100本以上喫煙している | 1. はい (条件①と条件②を満たす) 2. 以前は喫煙していたが、条件①と条件②を満たす者 3. いいえ (条件①と条件②を満たさない) 必須 |
| 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、かみあわせなどに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1月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1~3日 6. 月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すか。 | 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。

【必須】部分に欠損・不備がある場合、請求できません。

<請求金額内訳について>

(1) 文書料

情報提供票を利用

(2) 追加検査料

治療中のデータで検査項目が埋まらず、情報提供票を埋めるための検査（診療目的とは別）を実施した場合に請求可能

※ 追加検査項目は、検査項目が少なくても多くても一律の料金です。

(3) 追加項目料

尿酸、血清クレアチニンが該当

※ どちらも実施した場合、1件（1人）につき242円請求できます。

※ 尿潜血は基本項目扱いのため、追加項目料には含まれません。

特定健康診査情報提供委託料請求書

鹿児島市（460014）

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

（国保担当課扱い）

住 所 _____

※医療機関番号 _____

医療機関名 _____

代表者 _____

| | |
|------|---|
| 請求金額 | 円 |
|------|---|

令和 年 月 請求分

【請求金額内訳】

| 項目 | 単 価（税込） | 件数 |
|-------|---------|----|
| 文書料 | 1,100円 | 件 |
| 追加検査料 | 1,650円 | 件 |
| 追加項目料 | 121円 | 件 |

【お問い合わせ】

鹿児島市国民健康保険課保健事業係

TEL：099-808-7505

FAX：099-216-1200