特 定 健 診 情 報 提 供 に 関 す る 記 載 事 項

※提供票を持参されていない場合の記載方法。持参の場合は3ページへお進みください。

【チェック項目】

① 記入日・氏名が自署されているか。

② 患者の氏名（フリガナ）

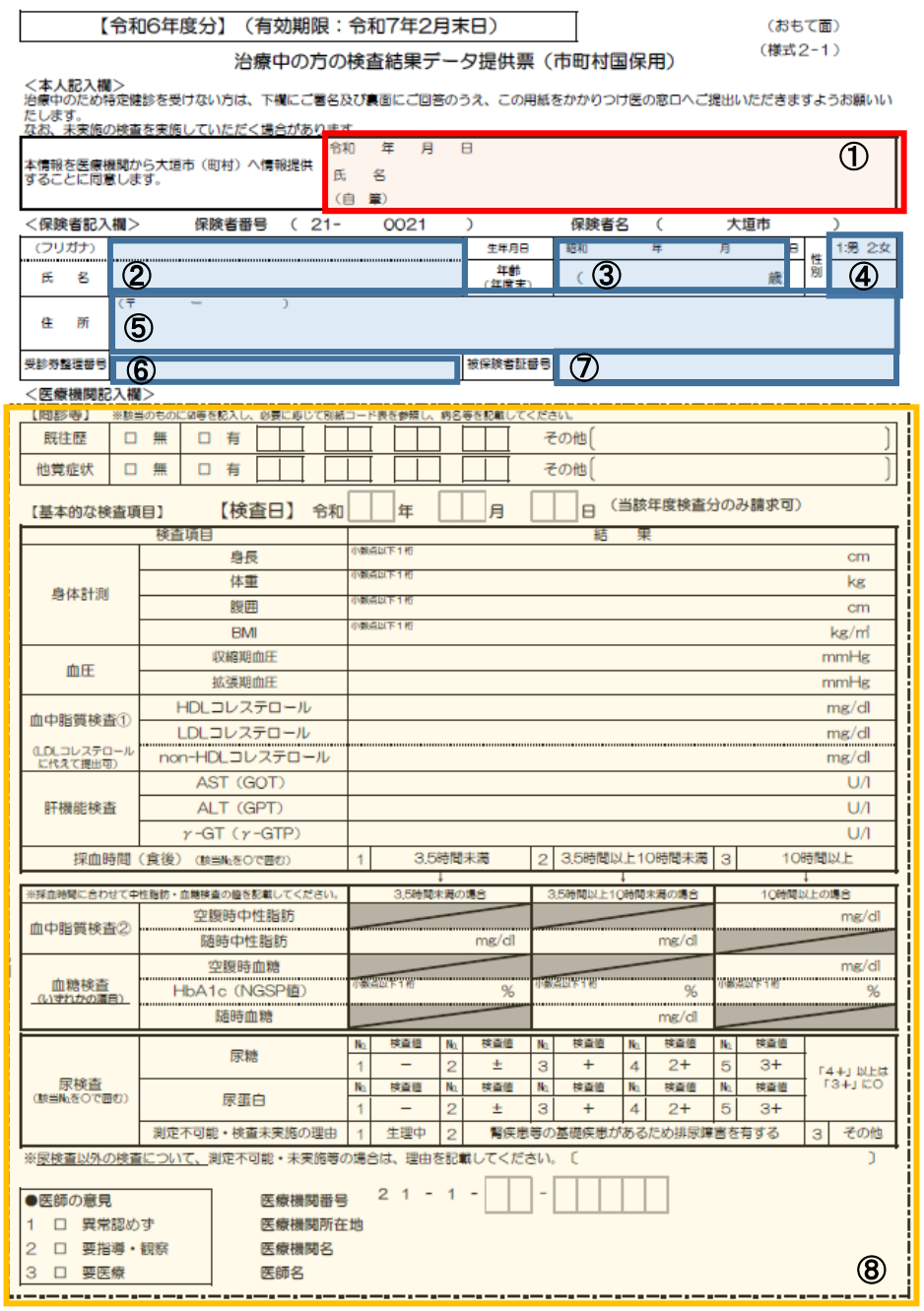
③ 生年月日・年齢
年齢は年度末年齢を記入ください。
対象年齢は 40～74 歳です。

④ 男性は１、女性は２の数字を記入

⑤ 郵便番号・住所

⑥ 受診券整理番号
※受診票より転記
受診票不所持の場合は、市役所国保医療課（４７－８１３２）までご確認ください。

⑦ 保険証番号を記載ください。
（枝番不要）


【令和6年度分】（有効期限：令和7年2月末日）

（おもて面）
（様式2-1）

治療中の方の検査結果データ提供票（市町村国保用）

＜本人記入欄＞
治療中のため特定健診を受けない方は、下欄にご署名及び裏面にご回答のうえ、この用紙をかかりつけ医の窓口へご提出いただきますようお願いいたします。
なお、未実施の検査を実施していただく場合があります。

本情報を医療機関から大垣市（町村）へ情報提供することに同意します。
令和　年　月　日
氏　名
（自　筆）
①

＜保険者記入欄＞　保険者番号（21-　0021）　保険者名（大垣市）

（フリガナ）		生年月日	昭和　年　月　日	性別	1:男 2:女
氏　名	②	年齢（年度末）	（③　歳）		④
住　所	⑤				
受診券整理番号	⑥	被保険者証番号	⑦		

＜医療機関記入欄＞

【問診等】　※該当のものに効等を記入し、必要に応じて別紙コード表を参照し、病名等を記載してください。

既往歴	□ 無	□ 有	□□	□□	□□	□□	その他（　）
他覚症状	□ 無	□ 有	□□	□□	□□	□□	その他（　）

【基本的な検査項目】　【検査日】 令和□□年□□月□□日（当該年度検査分のみ請求可）

検査項目		結　果
身体計測	身長	小数点以下1桁 cm
	体重	小数点以下1桁 kg
	腹囲	小数点以下1桁 cm
	BMI	小数点以下1桁 kg/m²
血圧	収縮期血圧	mmHg
	拡張期血圧	mmHg
血中脂質検査①（LDLコレステロールに代えて提出可）	HDLコレステロール	mg/dl
	LDLコレステロール	mg/dl
	non-HDL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

採血時間（食後）（該当No.を○で囲む）	1	3.5時間未満	2	3.5時間以上10時間未満	3	10時間以上

※採血時間に合わせて中性脂肪・血糖検査の値を記載してください。		3.5時間未満の場合	3.5時間以上10時間未満の場合	10時間以上の場合
血中脂質検査②	空腹時中性脂肪			mg/dl
	随時中性脂肪	mg/dl	mg/dl	
血糖検査（いずれかの項目）	空腹時血糖			mg/dl
	HbA1c（NGSP値）	小数点以下1桁 %	小数点以下1桁 %	小数点以下1桁 %
	随時血糖		mg/dl	

尿検査（該当No.を○で囲む）		No.	検査値	No.	検査値	No.	検査値	No.	検査値	No.	検査値	
	尿糖	1	－	2	±	3	＋	4	2+	5	3+	「4+」以上は「3+」に○
	尿蛋白	1	－	2	±	3	＋	4	2+	5	3+	
	測定不可能・検査未実施の理由	1	生理中	2	腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する					3	その他	

※尿検査以外の検査について、測定不可能・未実施等の場合は、理由を記載してください。（　）

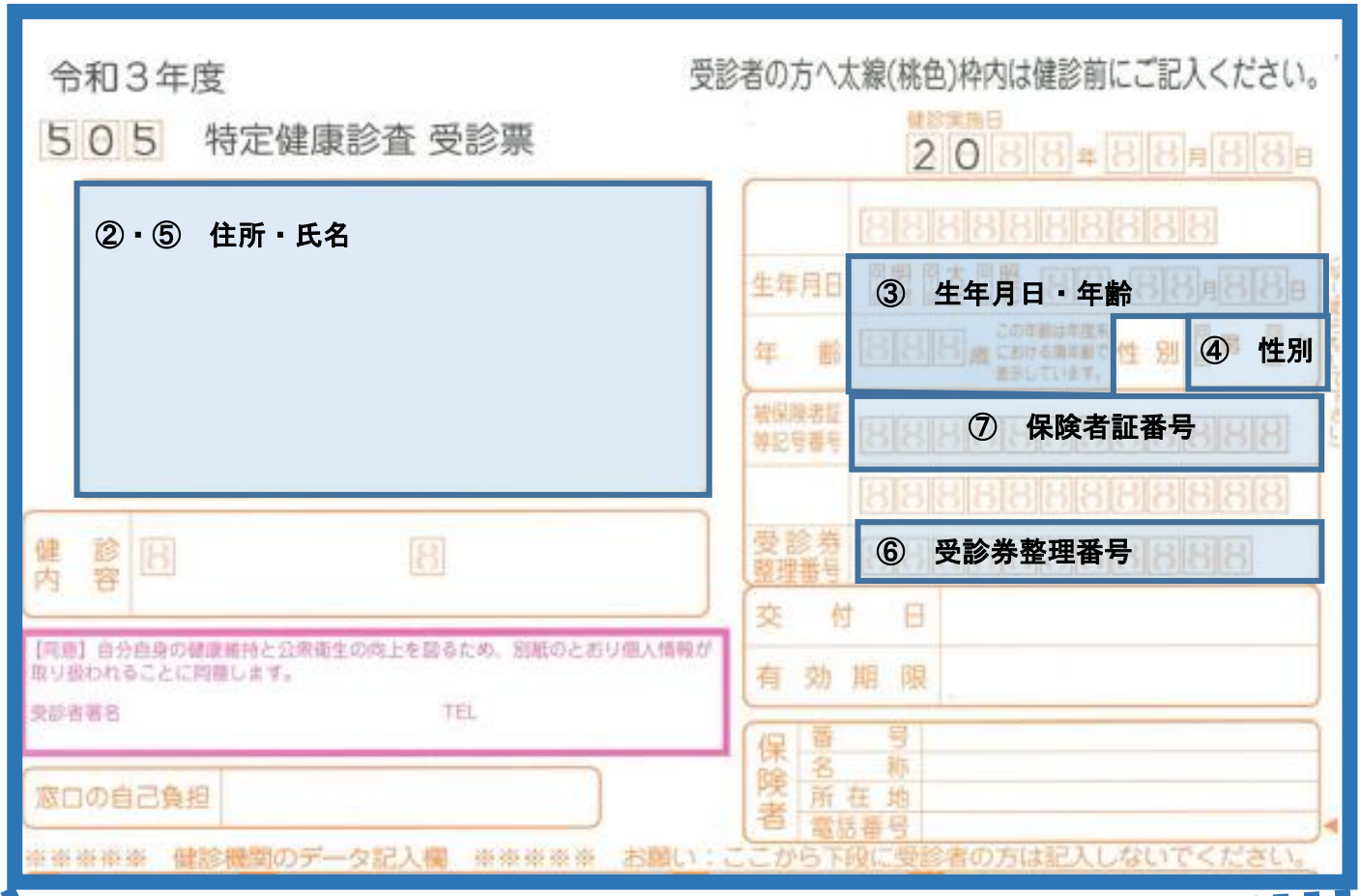
●医師の意見
1 □ 異常認めず
2 □ 要指導・観察
3 □ 要医療

医療機関番号　２１－１－□□－□□□□□
医療機関所在地
医療機関名
医師名
⑧

受診票持参の場合の転記については次ページをご覧ください。

⑧　医療機関記入欄については、３ページ目以降をご覧ください。

受診票から転記する場合の該当箇所（番号は表面の番号に対応しています）



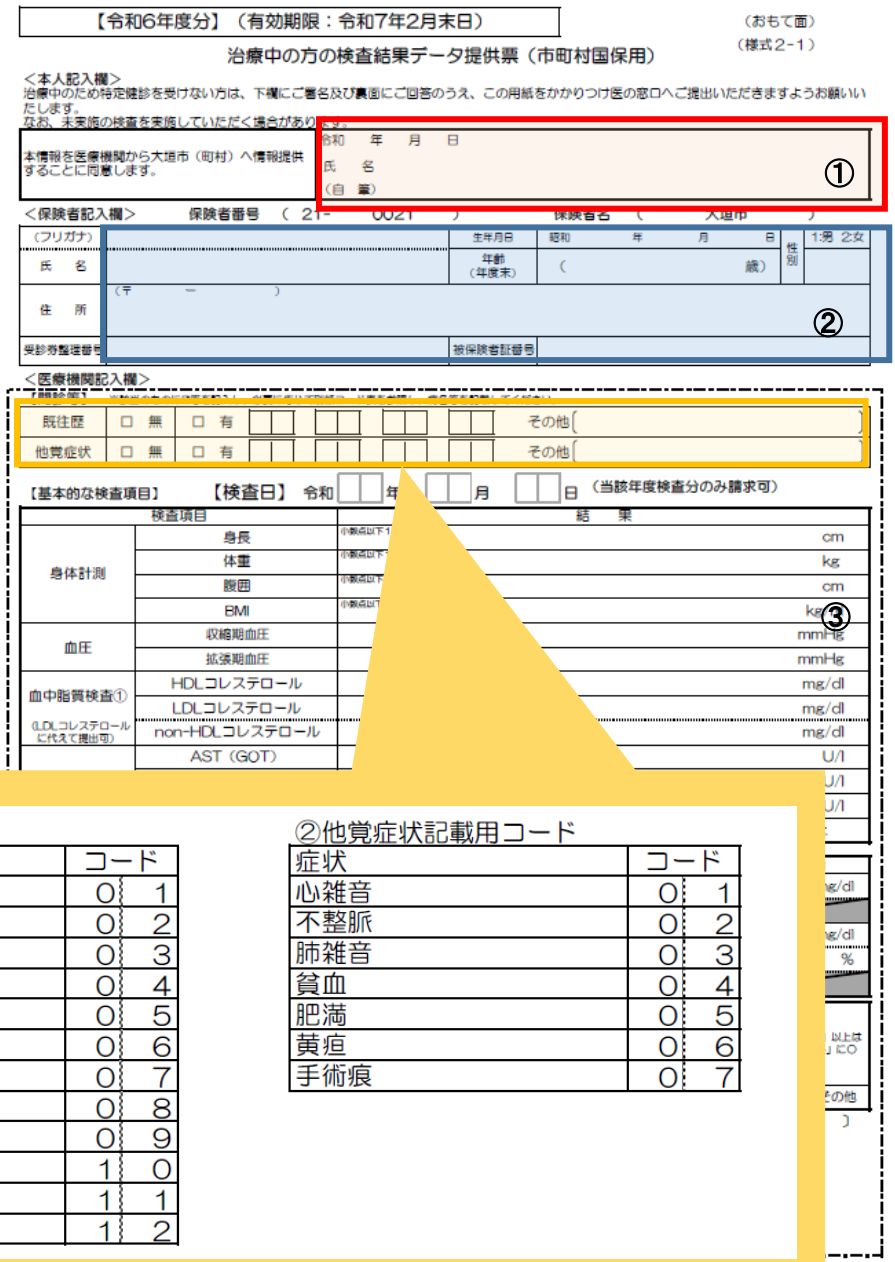
医療機関記入欄他の記載方法について

【チェック項目】
（おもて面上部）

① 記入日・氏名が自署されているか。

② 患者の氏名等が記載されているか。

③ 既往歴、他覚症状の有無を✓し、該当のコードを記入してください。
疾患、症状に該当がない場合は、その他欄に記載してください。



下半分の記載方法は４ページ目にあります。

【チェック項目】
（おもて面下部）

④検査実施日については、不足検査があった場合はその実施した日を記載し、それ以外は当提供票の記載日を記入してください。

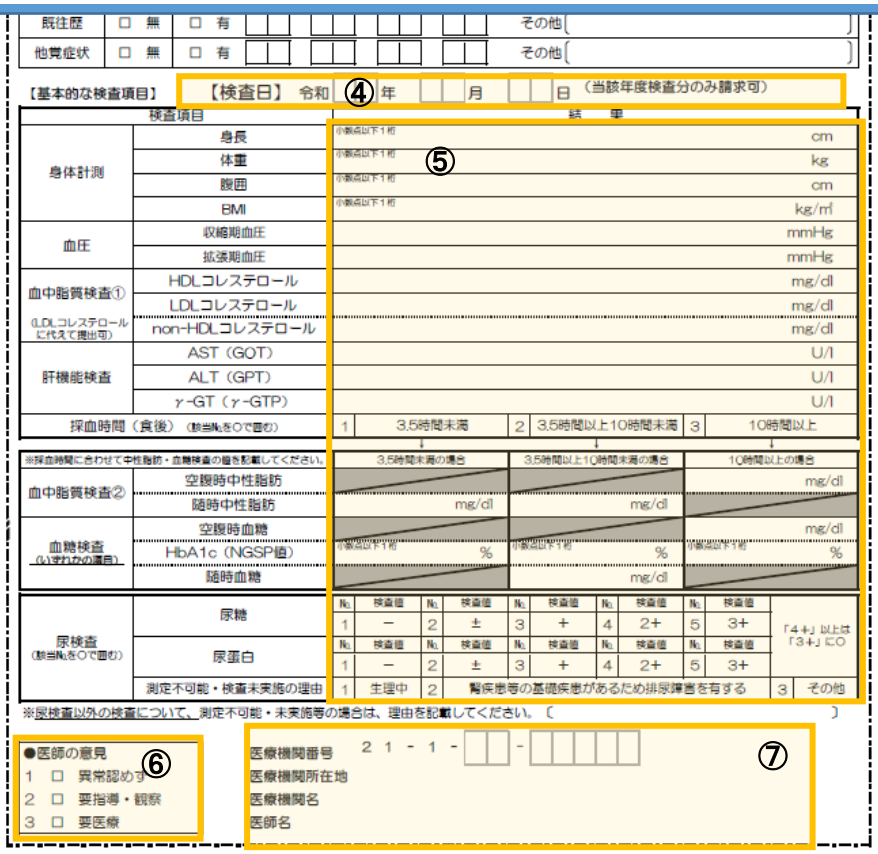
⑤　検査項目がすべて埋まっているか。
※記入にあたっては、右記の注意事項をご覧ください。

⑥　医師の意見の該当項目に✓をしているか。

⑦　医療機関番号、医療機関所在地、医療機関名、医師名が記載されているか。
※ゴム印、ワープロ等で作成のシールでも構いません。

検査項目記入に関する注意事項

①検査実施日については、不足検査があった場合はその実施した日を記載し、それ以外は当提供票の記載日を記入してください。
②尿検査の検査結果欄が未実施、あるいは測定不能で空欄の場合、３つの選択肢を設けましたので該当理由に「O」を付してください。
尿検査以外で測定不可能・検査未実施がある場合は、従前同様、その理由を記載いただく必要がございます。
※下記の検査については、空欄の場合も可となる場合があります。
・腹囲
ＢＭＩが20kg/㎡未満の者は省略可、ＢＭＩが22kg/㎡未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者は申告された値を記入してください。
・空腹時血糖とＨｂＡ１ｃはどちらか一方ですが、やむを得ず空腹時以外に採血を行い、ＨｂＡ１ｃを実施しない場合は、食直後（食事開始時から３．５時間未満）を除き随時血糖による血糖検査でも可とします。
・血中脂質検査①のＬＤＬコレステロールについては、空腹時/随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合を除き、計算法（Friedewald式）も可とし、また、空腹時/随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はnon-HDLコレステロールでの記載も可とします。
『計算式』（単位mg/dl）
・LDLコレステロール（Friedewald式）=総コレステロール−HDLコレステロール−中性脂肪/5
・non-HDLコレステロール=総コレステロール−HDLコレステロール
③血中脂質検査②・血糖検査については、採血時間の区分に応じた検査結果のみ取り扱い可能となります。


既往歴　□ 無　□ 有　その他（　）
他覚症状　□ 無　□ 有　その他（　）
【基本的な検査項目】　【検査日】 令和 ④ 年　月　日（当該年度検査分のみ請求可）

検査項目		結果
身体計測	身長	cm
	体重	kg ⑤
	腹囲	cm
	BMI	kg/㎡
血圧	収縮期血圧	mmHg
	拡張期血圧	mmHg
血中脂質検査①	HDLコレステロール	mg/dl
	LDLコレステロール	mg/dl
（LDLコレステロールに代えて提出可）	non-HDL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
採血時間（食後）（該当No.を○で囲む）	1 3.5時間未満 / 2 3.5時間以上10時間未満 / 3 10時間以上	

※採血時間に合わせて中性脂肪・血糖検査の値を記載してください。		3.5時間未満の場合	3.5時間以上10時間未満の場合	10時間以上の場合
血中脂質検査②	空腹時中性脂肪			mg/dl
	随時中性脂肪	mg/dl	mg/dl	
血糖検査（いずれかの項目）	空腹時血糖			mg/dl
	HbA1c（NGSP値）	%（小数点以下1桁）	%（小数点以下1桁）	%（小数点以下1桁）
	随時血糖		mg/dl	

尿検査（該当No.を○で囲む）											
尿糖	No.	検査値	No.	検査値	No.	検査値	No.	検査値	No.	検査値	「4+」以上は「3+」に○
	1	−	2	±	3	+	4	2+	5	3+	
尿蛋白	No.	検査値	No.	検査値	No.	検査値	No.	検査値	No.	検査値	
	1	−	2	±	3	+	4	2+	5	3+	
測定不可能・検査未実施の理由	1 主理中 / 2 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する / 3 その他										

※尿検査以外の検査について、測定不可能・未実施等の場合は、理由を記載してください。（　）

●医師の意見 ⑥
1 □ 異常認めず
2 □ 要指導・観察
3 □ 要医療

医療機関番号　2 1 - 1 - □□ - □□□□□ ⑦
医療機関所在地
医療機関名
医師名

【チェック項目】
（裏面）

⑧　氏名が記載されているか。

⑨　記載があるか。
　　はいの場合、() に記載があるか。

⑩　回答欄に漏れがないか。

＜本人記入欄＞　　（うら面）

【質問票】

受診者氏名	⑧

	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。	⑨ 1．はい	2．いいえ	
	※「はい」を選択された場合は，症状を記載してください。	症状（　　）		
1	A：現在，血圧を下げる薬を使用していますか。	⑩ 1．はい	2．いいえ	
2	B：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	C：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方」とは，条件１と条件２を両方満たす方です。 条件１：最近１ヶ月間吸っている 条件２：生涯で６ヶ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ヶ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当てはまりますか。	1．何でもかんで食べることができる		
		2．歯や歯ぐき，かみ合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方のうち，最近１年以上酒類を摂取していない方です。	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，どのくらいですか。 日本酒1合（アルコール度数15度・約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の場合は代筆で結構です。
●データ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。