

【令和7年度分】（有効期限：令和8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）

<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		年齢 （年度末）	（ 歳）		
住 所	（〒 - ）				
受診券整理番号		被保険者証番号			

<医療機関記入欄>

【問診等】 ※該当のものに☑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/m ²					
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）	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	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

2 1 - 1 - ☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐

医療機関所在地

医療機関名

医師名

●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。
●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。