(おもて面)

治療中の方の検査結果データ提供票(市町村国保用)

(様式2-1)

<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。

月

本情報を医療機関することに同意	_{利が} ら入り します。 		NI月報症法 			名 筆)													
	闌>	保険者番	号 (21-		O	021)		1	保険者	3	(大	垣市)		
(フリガナ)			·						生年	月日	82	3和		年	月	В	h++	1:男 2:女	
氏 名										s 要末)		(歳)	性別		
住 所	(∓)																
受診券整理番号									被保険	者証番号									
<医療機関記/ 【問診等】 ※		に図等を記入し、	、必要に応	じて別組	: ⊐−	ド表を	参照し、	病名	等を記載	してくだる	さい。								
既往歴	□ 無	口有								7	その	他()	
他覚症状	□ 無	口有] [] 7	その	他[)	
【基本的な検査項目】 【検査日】 令和 年								月			B (当該:	年度検査统	ე ე	み請求可)				
	検証	查項目			結 果														
		身長				小数点以下1桁													
身体計測		体重				小数点以下1桁 水質 小数点以下1桁												kg	
2,,,,,,,,,		腹囲				CM													
		BMI			Kg/m														
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-		LDLコレステロール			mg/dl														
に代えて提出可)	no	non-HDLコレステロール AST (GOT)			mg/dl U/l														
肝機能検査		AST (GOT) ALT (GPT)																U/1	
肝饿胀快且		γ -GT (γ -GTP)				U/I													
IZ / 8+88 / A ///>					1	1 3.5時間未満 2 3.5時間以上10時間未満 3 10時									時間				
採皿時間(食後 <i>)</i> (該当M.をOで囲む)				<u> </u>	0.0時間水間										10				
※採血時間に合わせ	※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					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									/_n			mg/dl					
		随時中性脂肪							mg/d	al	mg/dl				/-N				
血糖検査		空腹時血糖				小数点以下1桁				% 小数	小数点以下1桁 %			mg/dl 小数点以下1桁 %					
(いずれかの項目	<u> </u>	HbA1c(NGSP値) 随時血糖								∕ 0	% mg/dl				%				
		的印料	Ⅱ ₩ã		N.	: 13	査値	I M	検査	古 N.		検査値	NI. I	検査値	NI.	検査値			
		尿糖 尿蛋白			No.	19		№. 2	土	直 №. 3		十	No. 4	2十	№. 5	3+	_ ا		
尿検査_					No.	検	查值	No.	検査			検査値	No.	検査値	No.	検査値		4+」以上は 3+」にO	
(該当№を○で囲む	(زد				1		_	2	±	3		+	4	2+	5	3+			
	測定	測定不可能・検査未実施の理由			1	生	理中	2	腎	疾患等σ	基础	楚疾患が	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	<u></u>)て、 測定不可	可能・未実	実施等の	の場合	合は、	理由	を記載	載して<	(ださい	。〔	(J	
▲佐徳小奈日			(F_ d= +44	88 27 C	2	2	1 -	1	_	_									
●医師の意見 医療機関番号 2 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1																			
				나내															
3 □ 要医療 医師名																			
												. — - — -							

	【質問票】	受診者氏名							
	質問事項	回答欄(あて)	はまる番号に	このをつけて	こください。)				
0	今,体調の悪いところがありますか。	1. はい)	2. いいえ					
	※「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。	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	١	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					
	現在,たばこを習慣的に吸っていますか。	1. はい(条件1と条件2を両方満たす)							
8	※「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。	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)							
	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	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	١	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					
		1. 何でもかんで食べることができる							
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。	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	朝屋夕の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					
	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			2. ~6日	3. 週3~4日				
18	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,	4. 週1~2日		5. ~3⊟	6. 月に1日未満				
	最近1年以上酒類を摂取していない方です。	7. やめた	食	8. 飲まない (飲めない)					
	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:	1. 1合未満	2. 1~2合未満		3. 2~3合未満				
19	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),	4.	5. 5合以上		2 32111113				
20	缶チューハイ(同5度・約500m1,同7度・約350m1) 睡眠で休養が十分とれていますか。	3~5合未満 5 1. はい							
	CHIRA I JOHN CONSTRUCTION	1. 改善するつもりはない							
21		2. 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)							
	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。	3. 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、							
	た当で及上口もの上口目はら以合してのなりC心Viなyが。	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)							
		4. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月末周) 5. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)							
00	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								
22	か。	1. はい	1	2	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。