

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〇〇市（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	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他（	）
他覚症状	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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		
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】

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
	※「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		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き運動を週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。

●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。