

記入例

医療機関に御記入
いただく用紙です

特定健康診査に係る診療情報提供用紙【医療機関】

※データ記入後、コピーを 松伏町住民ほけん課 に御郵送ください。
【送付先住所:343-0192 松伏町大字松伏2424番地
松伏町住民ほけん課 関係係担当】

(事業実施期間：B7/12/1～B8/2/28、各月実施分については翌月19日までに御郵送ください。)

診療情報提供事業とは、通院等を理由に特定健診を見合わせた方が、かかりつけ医療機関（内科等）での特定健診に相当する検査を実施している場合に、検査データ（当該年度）を提供いただくことで特定健診を受診したことになるものです。

- 全ての項目に記載がない場合は、対象となりませんので、御注意ください。
 - 不足の検査項目がある場合(例えば身長・体重・膝関節など)には、提出いただく必要はありませんので、本紙は破棄してください。
 - 本事業のために改めて検査を実施する必要
 - 情報提供料は受診者が加入する市町村か

健診機関番号、医療機関名、医療機関住所及び
提供年月日をご記入ください。(押印可)

健診機関番号					(〒 - -)											
医療機関名 (押印可)					医療機関住所 (押印可)											
提供年月日(和暦)		令和	年	月	日	受診券整理番号										
基本・共通情報	受診者氏名 (カタカナ)								性別							
	生年月日 (和暦)					提出用紙	提出期限									
	保険者番号															
	被保険者記号						被保険者番号									
	受診者郵便番号	- - -		受診者住所												
1.服薬(血圧)		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし		2.服薬(血糖)	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	3.取扱い	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし						
4.既往歴(脳血管)		<input type="checkbox"/> 1.あり									4.既往歴(脳血管)	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし			
7.既往歴(貧血)		<input type="checkbox"/> 1.あり									7.既往歴(貧血)	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.以前は吸っていた	8.最近1か月は吸っていない		<input type="checkbox"/> 3.なし
18.飲酒		<input type="checkbox"/> 1.毎日	<input type="checkbox"/> 2.週5~6日	<input type="checkbox"/> 3.週3~4日	<input type="checkbox"/> 4.週1~2回	<input type="checkbox"/> 5.月に1~3回	<input type="checkbox"/> 6.月に1日未満	<input type="checkbox"/> 7.やめた	<input type="checkbox"/> 8.飲まない(飲めない)							
質問票欄	質問票欄は患者様にご確認の上、 ご記入ください。											22.保健指導の受診歴	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし		
検査	その他の既往歴	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	自覚症状	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	他覚症状	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし							
身体計測	身長	cm		収縮期	mmHg		脉	<input type="checkbox"/> 1.一	<input type="checkbox"/> 2.土	<input type="checkbox"/> 3.十	<input type="checkbox"/> 4.二	<input type="checkbox"/> 5.三	<input type="checkbox"/> 6.四			
	体重	kg		血圧	mmHg		白	<input type="checkbox"/> 1.一	<input type="checkbox"/> 2.土	<input type="checkbox"/> 3.十	<input type="checkbox"/> 4.二	<input type="checkbox"/> 5.三	<input type="checkbox"/> 6.四			
	腹囲	cm		心拍数	min/m		定不能	<input type="checkbox"/> 1.生理中	<input type="checkbox"/> 2.排尿障害	<input type="checkbox"/> 3.その他						
※血糖値	空腹時(食後10h以上) 100	mg/dl		LDLコレステロール 39	mg/dl		GOT(AST) 31					U/I				
	HbA1c(NGSP) 5.8	%		non-HDLコレステロール 120	mg/dl		GPT(ALT) 31					U/I				
	隨時(食後3.5h以上10h未満) 100	mg/dl		γ-GT(γ-GTP) 45	mg/dl						U/I					
	※血糖値については、空腹時血糖またはHbA1c、隨時血糖のどれかが記入してあれば結構です															
	※血糖値: 中性脂肪が400mg/dl以上でもよい															
	医師の氏名をお願いいたします。(押印可)															
	医師の氏名(押印可)															
	医師の判断															
	<input type="checkbox"/> 1.異常認めず <input type="checkbox"/> 2.要観察 <input type="checkbox"/> 3.要指導 <input type="checkbox"/> 4.治療中 <input type="checkbox"/> 5.要医療															
(医療機関の)振込み銀行口座 (医療機関本紙情報提供料(2,800円)振込先) ※必ず御記入ください。																
銀行名	銀行		支店名	支店		支店名		支店		支店		支店				
情報提供用紙が複数ある場合、口座情報は1枚目のみのご記入で構いません。																
名義 (カタカナ)																
送付後の貴医療機関連絡先																
部署・御担当者名						電話番号										