

# 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〔医療機関用〕

※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 国保年金担当〕

(事業実施期間:R7/12/1～R8/2/28、各月実施分については翌月10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・腹囲など）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が

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					
受診者氏名 (カタカナ)	性別									
生年月日 (和暦)	提供用紙									
保険者番号	被保険者番号									
被保険者記号	受診者住所									
受診者郵便番号										

基本・共通情報は印字されていますのでご記入不要です。

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.服薬(脂質)	<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	<input type="checkbox"/> 2.なし	5.既往歴(腎臓)	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	6.既往歴(肝臓)	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
7.既往歴(貧血)	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	8.喫煙	<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
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回未満	<input type="checkbox"/> 7.やめた	<input type="checkbox"/> 8.飲まない(飲めない)
9.その他の既往歴	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	10.自覚症状	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	11.他覚症状	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
22.保健指導の受診歴	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし						

質問票欄は患者様にご確認の上、  
ご記入ください。

身長	cm	収縮期	mmHg	糖	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+
体重	kg	拡張期	mmHg	脂	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+
腹囲	mm	中性脂肪	mg/dl	尿酸	<input type="checkbox"/> 1.正常 <input type="checkbox"/> 2.軽度 <input type="checkbox"/> 3.中度 <input type="checkbox"/> 4.重度
MR5 F90		空腹時	mg/dl	肝機能	<input type="checkbox"/> 1.正常 <input type="checkbox"/> 2.軽度 <input type="checkbox"/> 3.中度 <input type="checkbox"/> 4.重度

検査項目等は診療情報を基に  
ご記入ください。

空腹時(食後10h以上)	mg/dl	HbA1c(NGSP)	%	LDLコレステロール	mg/dl	GOT(AST)	U/l
随時(食後3h以上19h未満)	mg/dl	随時	mg/dl	non-HDLコレステロール	mg/dl	GPT(ALT)	U/l
※血糖値については、空腹時血糖またはHbA1c、随時血糖のどれかが記入してあれば結構です		※脂質：中性脂肪が400mg/dl以上でもよい				γ-GT(γ-GTP)	U/l

医師の氏名をお願いいたします。（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	医師の氏名(押印可)
-------	--	------------

(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	支店名	口座番号

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	電話番号
部署・御担当者名	