

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

※データ記入後、コピーを 松伏町住民ほけん課
[送付先住所: 343-0192 松伏町大字松伏242
松伏町 住民ほけん課

(事業実施期間: R5/12/1~R6/2/28、各月実施分にて)

記入例

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、かかりつけ医によ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はありません。
- 情報提供料は受診者が加入する市町村から支払われます。

原本は裏面の同意書とともに医療機関で保管してください。

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	0 0 0 0 0 0 0 0 0						
受診者氏名 (カタカナ)	マツブシ タロウ											
生年月日 (和暦)	昭和	5 0	年	0 1	月	0 1	日	提供用紙 提出期限	令和	5	年	2
保険者番号(左側0埋め8桁)	0 0 1 1 0 9 1 6											
被保険者証等記号	松 0 0 0					被保険者証等番号	1 2 3 4 5 6					
受診者郵便番号	3 4 3 - 0 1 1 1			受診者住所	松伏町松伏2424							

記入してください。※押印可

および住所、提供年月日を

医療機関番号、医療機関名

左記項目は、患者様にご記入ください。

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"/> あ
4.既往歴(脳血管)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	5.既往歴(心疾患)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	6.既往歴(腎不全・人工透析)	<input type="checkbox"/> あ
7.既往歴(貧血)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	8.既往歴(喫煙)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
18.飲酒	<input type="checkbox"/> 1.毎日 <input type="checkbox"/> 2.時々 <input type="checkbox"/> 3.殆ど飲まない、飲めない			22.保健指導の希望	<input type="checkbox"/> あ

診察	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"/> あ
----	---------	---	------	---	------	----------------------------

身長	cm
体重	kg
腹囲 M85 F90	cm

収縮期	mmHg
拡張期	mmHg

糖	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+
蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+

※尿:計測不能の場合はチェックなし

空腹時(食後10h以上)	mg/dl
HbA1c(NGSP)	%
随時(食後3.5h以上10h未満)	mg/dl

中性脂肪	mg/dl
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

※脂質:中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合はLDLコレステロールに代えてnon-HDLコレステロールでもよい

GOT(AST)	31
GPT(ALT)	31
γ-GT(γ-GTP)	51

※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

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)振込先銀行口座 ※必ず御記入ください(押印可)。			
銀行名	銀行	支店名	
科目	普通 当座	口座番号	
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		

左記検査項目等は、ご記入ください。

複数枚のご請求の場合は、一枚目のみご記入ください