

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〔医療機関にて記入〕

※データ記入後、コピーを 松伏町住民ほけん課 に御提出ください。
〔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: R6/12/1~R7/2/28、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
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

- 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
- 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
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。

記入例

健診機関番号

医療機関名
(押印可)

医療機関住所
(押印可)

健診機関番号・医療機
関名および医療機関住
所・提供年月日を記入
してください。
※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)								
生年月日 (和暦)	昭和	年	月	日	提供用紙 提出期限			
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					被保険者証等番号			
受診者郵便番号					受診者住所			

基本・共通情報

1. 服薬(血圧)	☐ 1.あり ☐ 2.なし	2. 服薬(血糖)	☐ 1.あり ☐ 2.なし	3. 服薬(		
4. 既往歴(脳血管)	☐ 1.あり ☐ 2.なし	5. 既往歴(心疾患)	☐ 1.あり ☐ 2.なし	6. 既往歴(腎不全・人工透析)	☐ 1.あり ☐ 2.なし	
7. 既往歴(貧血)	☐ 1.あり ☐ 2.なし	8. 既往歴(喫煙)	☐ 1.あり ☐ 2.なし			
19. 飲酒	☐ 1.毎日 ☐ 2.時々 ☐ 3.殆ど飲まない、飲めない				22. 保健指導の希望	☐ 1.あり ☐ 2.なし

質問票欄は、患者様
に確認のうえ、ご記
入ください。

診察	その他の既往歴	☐ 1.あり ☐ 2.なし	自覚症状	☐ 1.あり ☐ 2.なし	他覚症状	☐ 1.あり ☐ 2.なし
----	---------	---	------	---	------	---

身長		cm
体重		kg
腹囲 M85 F90		cm

収縮期 130	mmHg
拡張期 85	mmHg

糖	☐ - ☐ ± ☐ + ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+
蛋白	☐ - ☐ ± ☐ + ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+

※尿:計測不能の場合はチェックなしとする

空腹時(食後10h以上) 100	mg/dl
HbA1c(NGSP) 5.6	%
随時(食後3.5h以上10h未満) 100	mg/dl

中性脂肪 150	mg/dl
HDLコレステロール 39	mg/dl
LDLコレステロール 120	mg/dl
non-HDLコレステロール 150	mg/dl

※脂質:中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合
でもよい

検査項目等は、診
療情報に基づいて
ご記入ください。

※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				
☐ 1.異常認めず	☐ 2.要観察	☐ 3.要指導	☐ 4.治療中	☐ 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	銀行	支店名
科目	普通	当座
名義 (カタカナ)	口座番号	

複数枚ご請求の場合は
1枚目のみご記入くだ
さい。

送付後の貴医療機関連絡先	電話番号
部署・御担当者名	