

射水市国民健康保険特定健康診査

検査データ情報提供書

1 医療機関記入欄

太枠内をご記入ください。別に検査結果の添付があれば転記は不要です。
※基本項目については、すべての検査項目を満たしていないと該当になりません。

最初に実施した検査日：平成 年 月 日

検査項目			検査結果（記入欄）		注意事項	
基本項目（※）	身体計測	身長		cm	小数点以下1桁まで記載	
		体重		kg	小数点以下1桁まで記載	
		BMI		kg/m ²	小数点以下1桁まで記載【体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）】	
		腹囲		cm	小数点以下1桁まで記載	
	理学的検査（身体診察）		1：所見なし 2：有（ ）			
	血圧			/	mmHg	収縮期血圧 / 拡張期血圧
	尿検査	尿蛋白	1：－ 2：± 3：+ 4：++ 5：+++			
		尿糖	1：－ 2：± 3：+ 4：++ 5：+++			
	肝機能検査	AST（GOT）			U/l	
		ALT（GPT）			U/l	
		γ-GT（γ-GTP）			U/l	
	脂質検査	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	
	血糖検査 ①または②を記載ください	①空腹時血糖			mg/dl	
		②HbA1c			%	小数点以下1桁まで記載
	項追加	血清クレアチニン ※検査結果があれば記入してください 無い場合は記入不要です				mg/dl

上記結果を踏まえた医師の所見	1：治療中 2：その他（ ）
----------------	----------------

記載日：平成 年 月 日

医療機関名： 医師名：

2 本人記入欄

検査データの提出にかかる同意書

この提供書・問診票を射水市に提出することに同意します。

平成 年 月 日

氏 名 （自署）

3 請求に必要なもの

- ①本用紙「検査データ情報提供書（様式１）」
- ②特定健康診査受診券（※本人持参）
- ③問診票（※本人持参）
- ④請求書（様式２）