

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
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
	B M I			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 壓		/	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	A S T (G O T)			U/I
	A L T (G P T)			U/I
	γ-G T (γ-G T P)			U/I
脂質検査	中性脂肪			mg/dl
	H D L コレステロール			mg/dl
	L D L 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
	②H b A 1 c			% 小数点以下1桁まで記載
項目追加	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 小数点以下2桁まで記載
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）