

医療機関で治療中のため 特定健診を希望されない方へ

特定健診は、治療中の方もすべて対象となります。

特定健診と同様の検査項目について、定期的に通院し検査（血液・尿検査等）をされている方は、通院時の検査データを市国保へ提出していただくことにより、特定健診を受診したものとみなすことができます。

これにより、重複して検査をする必要がなくなることや、その検査データをもとに、保健師・管理栄養士が健康づくりをサポートすることができます。

検査データの提出に、ぜひご協力をお願いします。

★ご協力いただける方は・・・

次回、医療機関にかかる時、次のものを窓口にご提出ください。

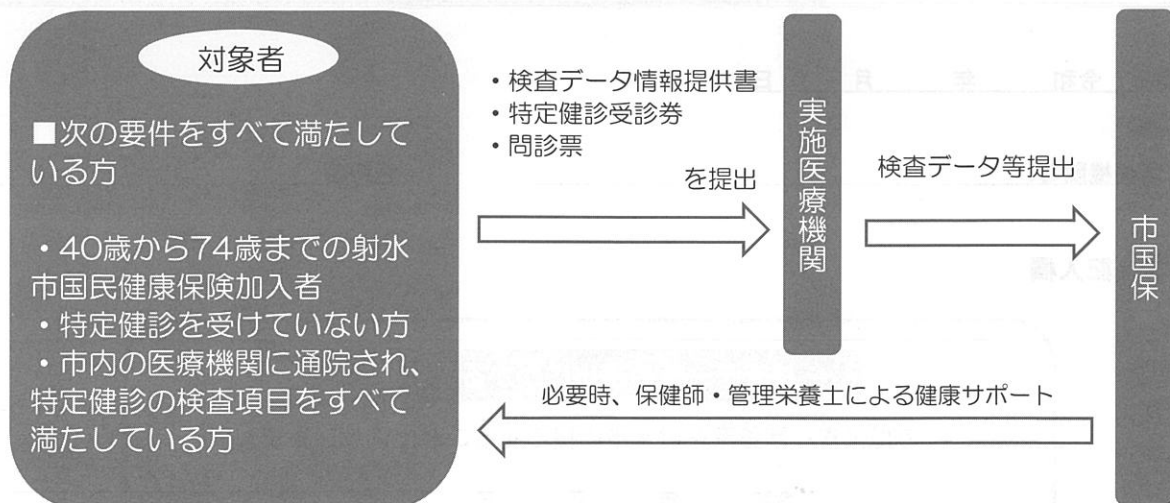
- 1 この用紙（裏面が『検査データ情報提供書』の様式になっています。）
- 2 特定健康診査受診券
- 3 問診票（あらかじめご記入の上、ご提出ください。）

※検査データ提供にかかる費用の負担はありません。

（窓口では、治療中の病気の検査料・診療費のみお支払いください。）

※提供書の提出は、当該年度末まで可能です。

《検査データ情報提供の流れ》



【問合せ先】射水市保険年金課 ☎51-6628

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: 令和 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	※食後である場合⇒食後()時間
		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	小数点以下2桁まで記載	

上記結果を踏まえた医師の判断	1: 治療中 2: 異常認めず 3: その他()
----------------	---------------------------

記載日: 令和 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。

令和 年 月 日

氏名 _____ (自署)