

# 医療機関で治療中のため 特定健診を受診されない方へ

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）を受けてい 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、医療機関を受診する時、次のものを医療機関の窓口にご提出ください。

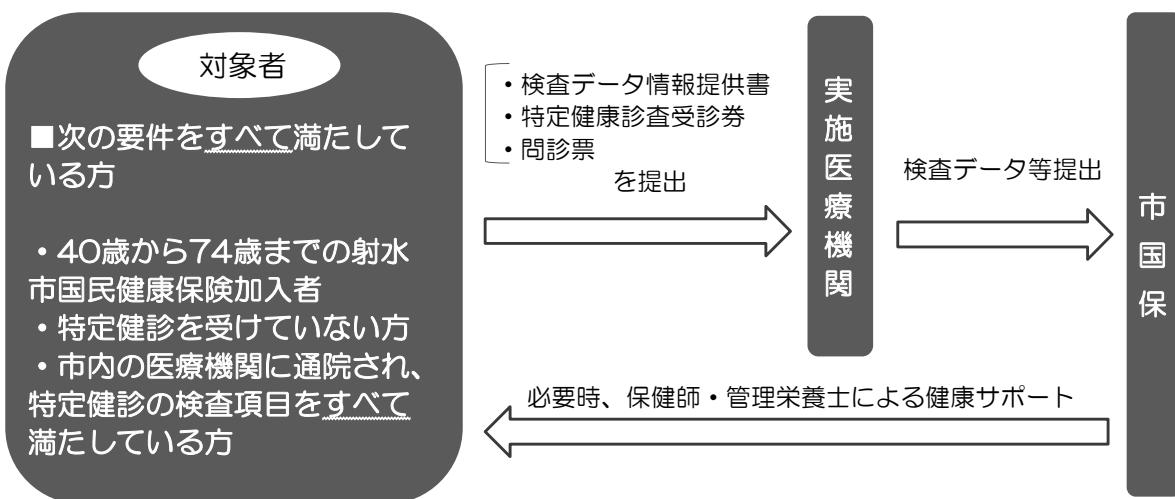
- 1 この用紙（裏面が『検査データ情報提供書』の様式になっています。）
- 2 特定健康診査受診券
- 3 問診票（あらかじめご記入の上、ご提出ください。）

※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、診察における診療費・検査料のみお支払いください。）

※提供書の提出は、当年度末まで可能です。

## 《検査データ情報提供の流れ》



## 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
		B M I	kg/m <sup>2</sup>	小数点以下1桁まで記載 【体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)】 ※小数点第2位は四捨五入
		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	
追加項目	脂質検査	中性脂肪	mg/dl	⇒食後（ ）時間
		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 ①～③のいずれかを記載ください	①空腹時血糖	mg/dl	※食後10時間以上
		②H b A 1 c	%	小数点以下1桁まで記載
		③随時血糖	mg/dl	※食後3.5時間未満は不可
	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
	貧血検査 ※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	赤血球数	万/mm <sup>3</sup>	
		血色素量(ヘモグロビン値)	g/dl	小数点以下1桁まで記載
		ヘマトクリット値	%	

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)