

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。

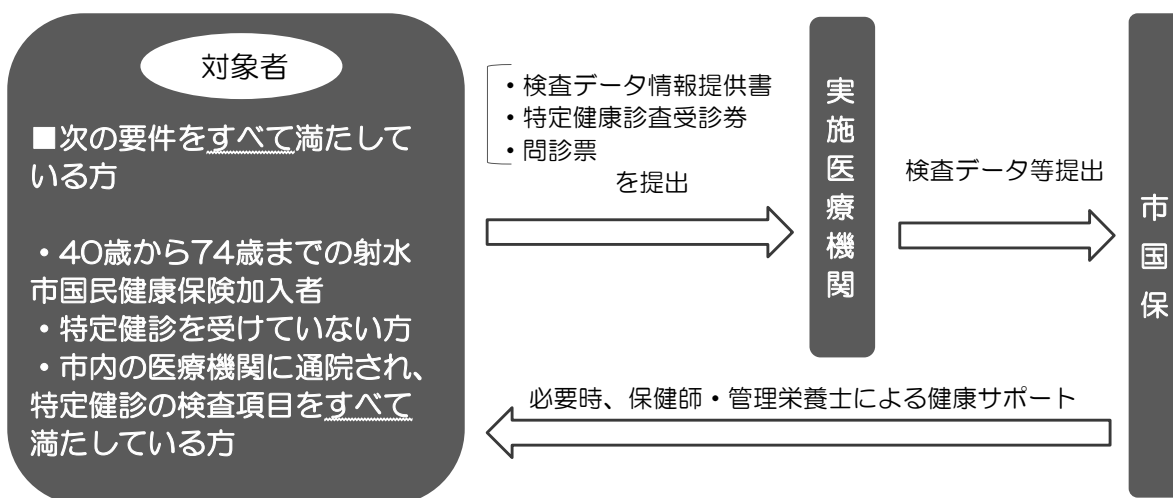
- 1 この用紙（裏面が『検査データ情報提供書』の様式になっています。）
- 2 特定健康診査受診券
- 3 問診票（あらかじめご記入の上、ご提出ください。）

※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	
		BMI		kg/m ²	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（ ）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 ①～③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	
		②HbA1c		%	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		
追加項目	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 ³		
		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）