

治療中患者情報提供票

※原本は請求書とともに提出
※2部コピー(本人用、実施機関用)

【健診機関記入欄】 実施形態：個別健診：1		健診実施日	年	月	日
カナ氏名		保険者番号	●	●	●
		性別	●	●	●
生年月日	年	月	日	被保険者証番号	
				受診券整理番号	

当てはまる数字に○をしてください。

質問欄 血圧降下剤の使用 1 有 2 無 糖尿病剤の使用 1 有 2 無 高脂血症用剤の使用 1 有 2 無 習慣性喫煙 1 有 2 無	既往歴 1 特記すべきことなし 2 特記すべきことあり (該当する項目に○を記入) 〔 1 高血圧 2 糖尿病 3 脂質異常症(高脂血症) 4 高尿酸血症 5 慢性腎臓病(CKD) 6 肝臓病 7 結核 8 痛風 9 他() 〕
自覚症状 1 特記すべきことなし 2 特記すべきことあり (具体的に記入) []	

診察所見(他覚所見)： 1 異常所見無し 2 所見有り()

健診項目	項目		結果		項目		結果			
	項目	結果	項目	結果	項目	結果	項目	結果		
身体計測	身長	●	cm	血糖検査※1	空腹時血糖	●	mg/dl			
	体重	●	kg		HbA1c	●	%			
	腹囲	●	cm		随時血糖	●	mg/dl			
血圧	収縮期血圧	●	mmHg	尿検査※2	※未実施理由 <small>未実施時はいずれかに○を記入。</small>	1 生理中	2 排尿障害等により検査不能			
	拡張期血圧	●	mmHg		糖	●	±	+	2+	3+以上
血中脂質検査	中性脂肪	●	mg/dl	追加健診※3	蛋白	●	±	+	2+	3+以上
	HDL-コレステロール	●	mg/dl		尿潜血	●	±	+	2+	3+以上
	LDL-コレステロール	●	mg/dl		尿酸	●	mg/dl			
肝機能検査	AST(GOT)	●	U/I	血清クレアチニン	●	mg/dl				
	ALT(GPT)	●	U/I	eGFR	●	ml/min/1.73m ²				
	γ-GT(γ-GTP)	●	U/I							

※1 いずれかの記載が必要。但し、複数項目を測定している場合はいずれも記入。随時血糖は食後3.5時間以上10時間未満。
 ※2 尿検査について、生理中の女性、腎疾患等の基礎疾患により排尿障害を有している者は未実施でも可。但し、未実施理由の記載が必要。
 ※3 追加健診を測定している場合は記入。 (注) 健診項目の「※3」以外は必須。

医師の判断 (該当する項目に○を記入) 1 今回の健診結果では異常を認めない 2 異常を認める [異常を認める場合は以下項目にも○を記入 複数選択可] [1 日常生活に注意し、経過観察 2 2~3ヶ月後に再検査を勧める 3 要受診 4 現在治療中の病気は引き続き治療を続ける]	健診機関情報 (可能な限りゴム印を押印) 健診機関番号 医療機関名称 所在地 判定医師名
--	---

【本人記入欄:本人の同意欄(自筆)】

注) 記入が困難な方の場合、健診機関従事者の代筆で可。その場合、代筆者が代筆欄に記名のうえ押印してください。

特定健康診査実施に代えるため、この情報提供票を加入保険者に提出することに同意いたします。

年 月 日

本人の場合 代筆の場合

氏名 氏名

“治療中患者情報提供票” 様式の補填について

裏面の様式をコピーして、ご利用ください。
また、様式データは滋賀県医師会HPに
掲載しています。

URL <http://www.shiga.med.or.jp/>

滋賀県医師会HP → 「パッと検索！滋賀県の特定健診・特定保健指導機関」
→ 「医師会員への皆様へ」