

❖ 定期的に医療機関に通院中で、特定健康診査を受診しない方は、この用紙を主治医にご提出ください。

個別健診を受ける方は、この書類の記載は不要

【令和6年度】

特定健康診査情報提供票

始良市

【本人記入欄】 (代筆可)

Form with fields for insurance number (460238), date of birth (昭和 年 月 日), sex/age, address, and medical certificate number.

【医療機関の方へ】
★特定健診を受診する方又はすでに特定健診を受診済みの方は、この「情報提供票」の提出は必要ありません。
★「特定健康診査情報提供委託料請求書」と「情報提供票・質問票」を国保連合会へ提出していただくことで 国保連合会を通じて情報提供料をお支払いいたします。(結果欄がすべて埋まらない場合は、情報提供料のお支払いができません。)

【医療機関記入欄】

Main table for medical institution input with columns for item, result, additional examination, and notes. Includes sections for body measurements, blood pressure, lipids, liver function, and blood sugar.

【始良市追加項目 医療機関記入欄】

Table for additional items: urine test, kidney test (CRE), and anemia test (hemoglobin).

※「追加検査実施」欄は、追加検査として実施した項目に○をつけてください。

※追加検査実施日 又は
※基本項目記入年月日: 令和 年 月 日

Form for doctor's opinion and reasons for not performing urine tests.

Form for medical institution address, number, name, and doctor's name.

■本人同意欄 (自筆)

Form for personal consent, date, and signature.

★検査結果により特定保健指導等が必要な方には、案内をお送りいたします。

※ご記入が不自由な方の場合、医療機関従事者の代筆で結構です。その場合代筆者の記名を願います。

特定健康診査情報提供 【質問票】

受診者氏名：

電話番号：

質問事項		回答欄 あてはまる番号に○をつけてください。		
※ 0	今、体調の悪いところがありますか	1. はい ( )	2. いいえ	
※ 1	A：現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	1. はい	2. いいえ	
※ 2	B：現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	1. はい	2. いいえ	
※ 3	C：現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	1. はい	2. いいえ	
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	1. はい	2. いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	
※ 8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件①：最近1か月間吸っている 条件②：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	1. はい （条件①と条件②を両方満たす）		
		2. 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件②のみ満たす）		
		3. いいえ（条件①②以外）		
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	1. はい	2. いいえ	
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	1. はい	2. いいえ	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	1. はい	2. いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	1. はい	2. いいえ	
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	1. 何でもかんで食べることができる		
		2. 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある		
		3. ほとんどかめない		
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	1. 速い	2. 普通	3. 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	1. はい	2. いいえ	
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	1. 毎日	2. 時々	3. ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1. はい	2. いいえ	
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	1. 毎日	2. 週5～6日	
		3. 週3～4日	4. 週1～2日	
		5. 月に1～3日	6. 月に1日未満	
		7. やめた	8. 飲まない（飲めない）	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの程度ですか。 1合の目安： ・日本酒（アルコール度数15度・180ml）・ビール（同5度・500ml） ・焼酎（同25度・約110ml） ・ワイン（同14度・約180ml） ・ウイスキー（同43度・60ml） ・缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	1. 1合未満	2. 1～2合未満	
		3. 2～3合未満	4. 3～5合未満	
		5. 5合以上		
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	1. はい	2. いいえ	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	1. 改善するつもりはない		
		2. 改善するつもりである（概ね6ヶ月以内）		
		3. 近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている。		
		4. 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満）		
		5. 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）		
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	

●質問票はご本人が御記入ください。ただし、ご記入が不自由な方の場合には代筆で結構です。

●情報提供票作成医療機関において、質問事項の記入確認をお願いします。