

※ 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。

【令和8年度】

特定健康診査情報提供票

始良市

【本人記入欄】 (代筆可)

※フリガナ		保険者番号	4 6 0 2 3 8	
氏名		生年月日		
住所		性別/年齢	男女	歳
〒		受診券番号		
		被保険者証番号 (保険証番号)		

【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】

治療中の疾患の名称 (主病を明記してください)		主病名:		
項目		結果	追加検査実施 (○を記入)	注意事項
身体計測	身長	cm		小数点以下1桁
	体重	kg		小数点以下1桁
	腹囲	cm		小数点以下1桁
	BMI	kg/m ²		小数点以下1桁
血圧	収縮期血圧	mmHg		
	拡張期血圧	mmHg		
血中脂質検査	空腹時中性脂肪 (TG) (食後10時間以上)	mg/dl		いずれかで可
	随時中性脂肪 (食後3.5時間以上10時間未満)	mg/dl		
	随時中性脂肪 (食後3.5時間未満)	mg/dl		
	HDL-コレステロール	mg/dl		いずれかで可
	LDL-コレステロール	mg/dl		
non-HDLコレステロール	mg/dl			
肝機能検査	AST (GOT)	U/l		
	ALT (GPT)	U/l		
	γ-GT (γ-GTP)	U/l		
血糖検査 (いずれか1つの記載で可)	空腹時血糖 (FBS) (食後10時間以上)	mg/dl		いずれかで可 (HbA1cは小数点以下1桁)
	随時血糖 (食後3.5時間以上10時間未満)	mg/dl		
	HbA1c (NGSP値)	%		
尿検査	尿糖	- ± + 2+ 3+		
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+		
質問票確認	裏面質問票 (質問事項※0、1、2、3、8) の記入確認			

【始良市追加項目 医療機関記入欄】

尿検査	尿潜血	- ± + 2+ 3+		
腎臓検査	クレアチニン (CRE)		mg/dl	小数点以下2桁
貧血検査	血色素量 (ヘモグロビン値)		g/dl	小数点以下1桁

※「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

■ 「医師の意見」 1 <input type="checkbox"/> 異常認めず 2 <input type="checkbox"/> 要指導・観察 3 <input type="checkbox"/> 要医療	■ 尿検査の測定不可能・検査未実施の理由 <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 腎疾患等の基礎疾患があるため、排尿障害を有する <input type="checkbox"/> その他
---	---

医療機関住所: _____

※医療機関番号: _____

医療機関名: _____

※医師名: _____

■本人同意欄 (自筆)

この提供票・質問票を始良市に提出することに同意いたします。

令和 年 月 日

※代筆の場合

氏名 _____

代筆者 _____

★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。