

【岡山県様式】本様式は、岡山県内市町村国保共通の様式です。

（本人記入面）※太枠内（本人同意欄及び質問項目）は必ずご記入ください。

岡山県内市町村国民健康保険 特定健診相当検査結果提供 【同意書 兼 質問票】

- ★ 岡山県内の市町村では、特定健診を受診されない方、又は受診する予定のない方で、かかりつけ医療機関で治療中の方から、診察時に測定された血液検査や尿検査などの結果の提供をお願いしています。
- ★ 市町村は提供いただいたデータを活用し、住民の皆様の健康づくり・病気の予防の取組に繋げていきます。
- ★ 特定健診を受診されない方（受診する予定のない方）は、本票を持参の上、かかりつけ医へご相談ください。
- ★ 医療機関には、本票と**特定健診受診券**をご提出ください。

■ 本人同意欄

令和 年 月 日

この同意書兼質問票・情報提供票及び特定健診受診券を国保保険者に提出することに同意します。

氏名（自署）

電話番号

- -

| No | 質問項目 | いずれかに○をしてください。 | |
|-----|---|--|----------------------------------|
| ◎ 0 | 現在、体調の悪いところ（自覚症状、他覚症状）や既往歴はありますか。 | ①はい ②いいえ | |
| ◎ 1 | 現在、血圧を下げる薬を使用していますか。 | ①はい | ②いいえ |
| ◎ 2 | 現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか。 | ①はい | ②いいえ |
| ◎ 3 | 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。 | 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 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（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ふつう 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 | |
| 19 | 飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安：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・350ml） | ①1合未満 | ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上 |
| 20 | 睡眠で休養が十分にとれていますか。 | 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か月以内） ③近いうち（概ね1か月以内）に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か月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（6か月以上） | |
| 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 |

(様式2)

【岡山県様式】本様式は、岡山県内市町村国保共通の様式です。

(医療機関記入用)

岡山県内市町村国民健康保険 特定健診相当検査結果提供 【情報提供票】

| | | | |
|-------|-----|------|--|
| 保険者番号 | 3 3 | 保険者名 | |
|-------|-----|------|--|

| | |
|-----------|----------------|
| 被保険者番号 | 岡 - |
| 特定健診受診券有無 | 有(添付)・無(受診券紛失) |
| 氏名※ | (カナ) |
| 生年月日※ | 昭和 年 月 日 |

*保険証を必ずご確認ください。
*特定健診受診券の発行年度と検査実施日が同じ年度であることをご確認ください。
*原則、本票提出の際は、特定健診受診券を添付いただく必要がありますが、受診券紛失の場合は、特定健診を受診済み・受診予定、又は検査結果提供済みでないことを患者様にご確認ください。
*検査項目については、検査結果シートの貼付をもって記入に替えることができます。
*裏面の本人同意欄と、左側枠外に◎がついている0~3及び8の質問項目の記入は必須ですのでご確認ください。
※情報提供票に受診券を添付していただいた場合は、氏名、生年月日の記入は不要です。

| | | |
|-------|----------|--------------------------------|
| 検査実施日 | 令和 年 月 日 | ※検査実施日が複数日にまたがる場合は、最初の検査実施日を記入 |
|-------|----------|--------------------------------|

| | | 検査項目 | 検査結果 | 注意事項 |
|-------------------------|-----------------|-----------------------|---------------------|-------------|
| 特定健診基本項目 (全て)記入ください) | 身体計測 | 身長 | . cm | 小数点以下1桁まで記入 |
| | | 体重 | . kg | 同上 |
| | | BMI | . kg/m ² | 同上 |
| | | 腹囲 | . cm | 同上 |
| | 血圧 | 収縮期血圧 | mmHg | |
| | | 拡張期血圧 | mmHg | |
| | 脂質 | 空腹時中性脂肪*1 (いずれか必須) | mg/dl 食後 時間 | 採血時間(食後)必須 |
| | | 随時中性脂肪*1*2 | mg/dl 食後 時間 | // |
| | | HDLコレステロール | mg/dl | |
| | | LDLコレステロール*3 | mg/dl | 下記*3参照 |
| | | (Non-HDLコレステロール)*3 | mg/dl | // |
| | 肝機能 | AST(GOT) | IU/l | |
| | | ALT(GPT) | IU/l | |
| | | γ-GT(γ-GTP) | IU/l | |
| | 糖代謝 (いずれか必須) | 空腹時血糖 | mg/dl | |
| HbA1c(NGSP値) | | . % | 小数点以下1桁まで記入 | |
| 随時血糖*4 | | mg/dl | 下記*4参照 | |
| 尿検査 | 尿糖 | - ± + 2+ 3+ | | |
| | 尿たんぱく | - ± + 2+ 3+ | | |
| 任意項目 | 腎機能 | 血清クレアチニン | . mg/dl | 小数点以下2桁まで記入 |
| | | 血清尿酸 | . mg/dl | 小数点以下1桁まで記入 |
| | 脂質 | 総コレステロール | mg/dl | |

- *1: 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪の判定のため、採血時間(食後)の情報は必須。
- *2: やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合、随時中性脂肪による検査結果でも可。
- *3: 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合は、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)による評価でも可。
- *4: 空腹時以外に採血を行い、HbA1c(NGSP値)を測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖の結果でも可。

| | | |
|-------|---|-------------------------|
| 医師の判断 | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 経過観察・要指導 <input type="checkbox"/> 異常認めず | 治療中の疾患の名称(主病を明記してください。) |
|-------|---|-------------------------|

(医師の総合判断日) ※判断日は、最初の検査実施日から3か月以内となります。

令和 年 月 日 医療機関所在地
医療機関名
医師名