

【様式1】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 症状、既往歴 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。(今までに合計100本以上、又は6か月以上吸っていて、最近1か月間も吸っている)	①はい	②いいえ
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)はどれくらいの頻度で飲みますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか。 日本酒1合(180ml)の目安: ビール中瓶1本(500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい	②いいえ

【様式2】本様式は、岡山県内市町村国保共通の様式です。

(医療機関記入面)

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 ー
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(全てご記入ください)	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	中性脂肪	mg/dl	
		HDLコレステロール	mg/dl	
		LDLコレステロール	mg/dl	
		(Non-HDLコレステロール)*1	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*2		mg/dl		
尿検査	尿糖	- ± + 2+ 3+		
	尿たんぱく	- ± + 2+ 3+		
任意項目*3	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: 中性脂肪が400mg/dl以上である場合、又は食後採血の場合は、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロールの結果でも構いません。

*2: 空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定していない場合は、随時血糖(食後3.5時間以降)の結果でも構いません。

*3: 検査を行っていただければご記入ください。

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

(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