特定健診を受診しない場合は、太枠内を記入して提出ください。受診する場合は、記入の必要はありません。

健康診査等結果提供書（南砺市国保特定健康診査）

本人記載用

保健指導などの健康増進を図る目的で、市において個人情報を利用することを同意します。
（※個人情報は上記の目的以外には使用しません。）

（被保険者本人→南砺市へ提出）

年　　月　　日

氏名（自署）

太枠内をご記入ください

健診（検査）実施日	年　　月　　日		
健診実施機関名（検査医療機関名）		**実施した医師名**	
服薬状況	なし ・ あり → 血圧 ・ 血糖 ・ 脂質 ・ その他（　　）		
既 往 歴	なし ・ あり →（　　）		
自覚症状	なし ・ あり →（　　）		
他覚症状（診察所見）	異常所見　なし ・ あり →（　　）		
喫　　煙	なし ・ 以前は吸っていたが、最近１か月は吸っていない ・ あり		
電話番号	－　　－　　（不備があった場合等、確認のためにご連絡させていただくことがあります）		

別に検査結果の添付があれば転記は不要ですので、□欄にチェック（レ）ください

特定健康診査項目			添付有(レ)	検査結果　（記入欄）	備　考
身体計測	身　長	●	□	ｃｍ	小数点以下一桁まで記載
	体　重	●	□	ｋｇ	小数点以下一桁まで記載
	ＢＭＩ	●	□		小数点以下一桁まで記載
	腹　囲	●	□	ｃｍ	小数点以下一桁まで記載
血　圧		●	□	／　ｍｍＨｇ	
尿検査	尿　糖	●	□	－　±　＋　＋＋　＋＋＋	
	尿蛋白	●	□	－　±　＋　＋＋　＋＋＋	
血液検査	空腹時中性脂肪(絶食10時間以上)	●	□	ｍｇ／ｄｌ	空腹時または随時のどちらかを記載
	随時中性脂肪			ｍｇ／ｄｌ	
	HDLコレステロール	●	□	ｍｇ／ｄｌ	
	LDLコレステロール	●	□	ｍｇ／ｄｌ	
	総コレステロール	注1	□	ｍｇ／ｄｌ	
	Non-HDLコレステロール	注1	□	ｍｇ／ｄｌ	
	AST（GOT）	●	□	ＩＵ／ｌ	
	ALT（GPT）	●	□	ＩＵ／ｌ	
	γ-GT（γ-GTP）	●	□	ＩＵ／ｌ	
	空腹時血糖（絶食10時間以上）	■	□	ｍｇ／ｄｌ	
	ヘモグロビンA1ｃ（NGSP値）	■	□	％	小数点以下一桁まで記載
	随時血糖	注2■	□	ｍｇ／ｄｌ	
	尿　酸	△	□	ｍｇ／ｄｌ	小数点以下一桁まで記載
	血清クレアチニン	△	□	ｍｇ／ｄｌ	小数点以下二桁まで記載
貧血検査	赤血球数	△	□	万/㎣	
	血色素量		□	ｇ／ｄｌ	小数点以下一桁まで記載
	ヘマトクリット値		□	％	小数点以下一桁まで記載
心電図検査（12誘導）		△		異常所見　なし ・ あり ⇨	所見名
眼底検査		△		０ Ⅰ Ⅱａ Ⅱｂ Ⅲ Ⅳ ／ Ｓ（ ）Ｈ（ ）	

●：必須項目、■：いずれかの項目の実施で可・・・・・全ての実施（●及び■の項目）が必要です。

注1　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ｺﾚｽﾃﾛｰﾙで評価を行うことが可能です。その場合は、総ｺﾚｽﾃﾛｰﾙをご記入ください。

注2　やむを得ず空腹時以外でヘモグロビンA1c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）を除き随時血糖による実施が可能です。

不足項目がある場合は、健診を受けたものとして登録できませんので **特定健診を受診ください。**

△：検査している場合は記入ください。

【市記入欄】　可 ・ 否　特定健診受診券番号［　　］＜国保資格＞ あり ・ なし

＜基準＞ 非該当 ・ 予備群 ・ 基準該当　＜支援＞ 積極的 ・ 動機づけ ・ なし

＜総合判定＞ 異常なし ・ 軽度異常 ・ 要経過観察 ・ 受診勧奨 ・ 治療中　データ登録日（　／　）