

塩竈市国民健康保険特定健康診査に係る情報提供書

本人同意欄(本人記入欄)

私は、診療における検査結果の情報提供に関する下記の事項に同意のうえ、情報提供書及び問診票を塩竈市に提供いたします。

- (1) 診療における検査結果の情報を国民健康保険特定健康診査の結果データとして活用すること。
(2) 保健指導や健診結果データの集約・分析等を行うこと。

令和 年 月 日

(フリガナ)		生年月日 (年齢)	昭和 年 月 日 (歳)	性別	男・女
氏名					
被保険者証 記号番号	み塩 A	特定健診 申込番号		今年度特定健診 受診の有無	有・無

* 個人情報、個人を特定できない形の統計情報等として使用されることがありますが、目的外に使用されることはありません。

【必須検査項目】

検査項目	検査年月日 (記載日から3カ月以内の データをご使用ください。)	検査結果
身体計測	令和 年 月 日	身長 cm
		体重 kg
		BMI kg/m ²
		腹囲 cm
血圧	令和 年 月 日	収縮期血圧 mmHg
		拡張期血圧 mmHg
血中脂質検査	令和 年 月 日	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
肝機能検査	令和 年 月 日	AST (GOT) IU/l
		ALT (GPT) IU/l
		γ-GT (γ-GTP) IU/l
血糖検査 (いずれかの項目)	令和 年 月 日	空腹時血糖 mg/dl
		ヘモグロビンA1c (NGSP値) %
		随時血糖 mg/dl
尿検査	令和 年 月 日	尿糖 1: - 2: ± 3: + 4: ++ 5: +++
		尿たんぱく 1: - 2: ± 3: + 4: ++ 5: +++

【任意検査項目】 ※検査結果がある場合は記入ください。

腎機能検査	血清クレアチニン	令和 年 月 日	mg/dl
	e-GFR	令和 年 月 日	ml/分/1.73m ²
	血清尿酸	令和 年 月 日	mg/dl

上記結果を踏まえた医師の所見

治療中 (現在治療中の疾患名:)

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

電話番号

印