

## 特定健康診査情報提供票（令和8年度）

対象期間：令和8年7月1日～令和9年3月31日

## 被保険者記入欄

情報提供 同意書	医療機関での検査結果を鳴門市に提出・保管し、特定健康診査の結果として使用すること（みなし健診）に同意します。 令和 年 月 日 氏 名 _____	
電話番号	( )	-
定期通院している医療機関名		

## 【問診票】

服薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血圧を下げる薬を飲んで 있습니까 (はい・いいえ)</li> <li>・ インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んで 있습니까 (はい・いいえ)</li> <li>・ コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んで 있습니까 (はい・いいえ)</li> </ul>
既往歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 脳卒中（脳出血、脳梗塞等） (はい・いいえ)</li> <li>・ 心臓病（狭心症、心筋梗塞等） (はい・いいえ)</li> <li>・ 慢性腎臓病や慢性の腎不全、人工透析等 (はい・いいえ)</li> </ul>
喫煙	①吸っている ②以前吸っていたが、最近1ヶ月は吸っていない ③吸っていない
飲酒	①毎日飲んでいる 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）
飲酒量	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上

※記入後は、保険課に返送してください。

※裏面は医療機関記載欄ですので、何も記入しないでください。

## 医療機関記入欄

氏 名

生年月日

### 【医療機関記入欄】みなし健診**必須**検査項目

基本的な検査項目		基準値	測定結果欄
身体計測	身長 (cm)		
	体重 (kg)		
	BMI	18.5~24.9	
	腹囲 (cm)	(男性)~84.9(女性)~89.9	
血 圧	収縮期血圧 (mmHg)	~129	
	拡張期血圧 (mmHg)	~84	
受診時の食後経過時間		<input type="checkbox"/> 食後3.5時間未満 <input type="checkbox"/> 食後3.5時間以上10時間未満 <input type="checkbox"/> 食後10時間以上	
血 中 脂 質 査	中性脂肪 (mg/dl)	30~149	
	HDL コレステロール(mg/dl)	40~119	
	LDL コレステロール(mg/dl)	60~119	
肝機能検査	GOT (U/l)	~30	
	GPT (U/l)	~30	
	γ-GTP (U/l)	~50	
腎臓検査	血清クレアチニン (mg/dl)	(男性)~1.0 (女性)~0.7	
	eGFR		
	尿酸 (mg/dl)	~7.0	
血 糖 検 査	血糖 (mg/dl)	(空)~99(随)~139	
	HbA1c (%)	~5.5	
尿検査	糖	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++	
	蛋白	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++	
	潜血	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++	

### 【医療機関記入欄】みなし健診**任意**検査項目 ※実施している場合記入。

※ 詳細な検査項目		基準値	測定結果欄
貧血検査	ヘマトクリット値 (%)	(男性)38.5~48.9(女性)35.5~43.9	
	血色素量 (g/dl)	(男性)13.1~16.6(女性)12.1~14.6	
	赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )	(男性)400~539(女性)360~489	
心電図見所	所見	所見あり ( ) 所見なし	
眼底検査	所見	所見あり ( ) 所見なし	

### 【医療機関記入欄】(判定日: 令和 年 月 日)

※令和9年3月31日まで

※75歳到達者は誕生日の前日まで

メタボリックシンドローム判定	基準該当 ・ 予備群 ・ 非該当
医師の判断	1. 異常なし 2. 要指導 3. 要医療 (・ 治療なし ・ 治療中)
判断した医師の氏名	

#### ※注意※

- 本提供票提出の際は、請求書と一緒に送りますようお願いいたします。
- 必須検査項目は、すべてのデータが必要です。記入漏れの無いようお願いいたします。