

## 特定健康診査情報提供票

※空白の項目を全て埋めて下さい。

<input type="checkbox"/> 特定健診受診券確認及び受診済みの記載	データ抽出日 : 平成 年 月 日
---	-------------------

受診券整理番号		フリガナ	
保険者番号		氏名	
被保険者証番号		生年月日	昭和 年 月 日 歳
		性別	男 ・ 女

**【基本項目】**

治療中の疾患名称(主病を明記して下さい。)		主病名:			
基本項目	項 目		結 果	検査等実施日	追加検査実施 (実施項目は✓)
	身体測定	身長	cm		
		体重	kg		
		腹 囲	cm		
		B M I	kg/m <sup>2</sup>		
	血圧	収縮期血圧	mmHg		
		拡張期血圧	mmHg		
	血中脂質検査	中性脂肪	mg/dl		
		HDL-コレステロール	mg/dl		
		LDL / non-HDL コレステロール	mg/dl		
	肝機能検査	GOT(AST)	U/l		
		GPT(ALT)	U/l		
		γ-GTP	U/l		
	血糖検査	空腹 / 随時 血糖	mg/dl		
		HbA1c(NGSP値)	%		
	尿検査	尿糖			
		尿蛋白			
	追加健診項目	尿潜血			
		血清クレアチニン	mg/dl		
		eGFR	ml/min/1.73m <sup>2</sup>		
尿酸		mg/dl			
質問票確認					

**【医師の判定】**

<input type="checkbox"/> 異常認めず	<input type="checkbox"/> 要指導・観察	<input type="checkbox"/> 要医療
--------------------------------	---------------------------------	------------------------------

**【医療機関情報欄】**

記入年月日:	平成 年 月 日	医療機関住所:	〒
医療機関名:			
医療機関番号:		医師名:	