

特定健康診査情報提供票 (年度)

鳴門市国民健康保険

1 【被保険者記入欄】

医療機関名 ()

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。 氏名 (自署してください)
---------	---

市及び被保険者記入

2

フリガナ		電話	() -
氏名		住所	鳴門市
生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳 性別 男・女

3 【問診票】

服薬 (無・有)	・高血圧 ・糖尿病 ・脂質異常症 ・その他 ()	喫煙 (無・有)	本/1日
既往歴 (無・有)	・脳出血 ・脳梗塞 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・心臓病 ・その他 ()	飲酒 (無・有)	・焼酎 ・酒 ・その他 () ・ビール 杯・本/1日

4 【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		・食後10時間以上	・食後 時間
血中脂質検査	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	
	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	(-)	
	蛋白	(-)	
	潜血	(-)	

医療機関記入

5 【医療機関記入欄】みなし健診任意検査項目 ※詳細な検査項目については実施している場合に記入。

※ 詳細な検査項目		基準値	
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 ³)	(男性) 400 ~ 539 (女性) 360 ~ 489	
心電図所見	所見		所見あり () 所見なし
眼底検査	所見		所見あり () 所見なし

医療機関任意記入

6 【医療機関記入欄】 (判定日 : 令和 年 月 日)

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	

医療機関記入