

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）
---------	--

フリガナ	電 話	（）			
氏 名	住 所				
生年月日	年 月 日	年 度 末 齢	歳	性 別	男 ・ 女

3【問診票】	服 薬 （無・有）	・ 血 圧 ・ 血 糖 ・ 脂 質	喫 煙	・ 吸っている ・ 以前吸っていたが、最近1ヶ月は吸っていない ・ 吸っていない
	既 往 歴 （無・有）	・ 脳血管 ・ 心血管 ・ 腎不全、人工透析	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		

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)		
	B M I	1 8 . 5 ～ 2 4 . 9	
	腹囲 (cm)	(男性)～84.9(女性)～89.9	
血 圧	収縮期血圧 (mmHg)	～ 1 2 9	
	拡張期血圧 (mmHg)	～ 8 4	
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)	3 0 ～ 1 4 9	
	HDL コレステロール(mg/dl)	4 0 ～ 1 1 9	
	LDL コレステロール(mg/dl)	6 0 ～ 1 1 9	
肝機能検査	GOT (U/l)	～ 3 0	
	GPT (U/l)	～ 3 0	
	γ-GTP (U/l)	～ 5 0	
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	
	eGFR (mL/min/1.73m2)		
血 糖 検 査	血糖 (mg/dl)	(空)～99(随)～139	
	HbA1c (%)	～ 5 . 5	
尿検査	糖	(－)	
	蛋白	(－)	
	潜血	(－)	

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	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 ³)	(男性)400～539(女性)360～489	
心 電 図	所 見	所見あり（） ・ 所見なし	
眼 底 検 査	所 見	所見あり（） ・ 所見なし	

6【医療機関記入欄】（判定日：令和 年 月 日）※75歳到達者は誕生日の前日までの判定日。

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	

市及び被保険者記入

医療機関記入

医療機関任意記入

医療機関記入