

特定健康診査情報提供票（令和7年度）

対象期間：令和7年7月1日～令和8年3月31日

被保険者記入欄

1 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 <span style="float: right;">（自署してください）</span>
---------	--

2

フリガナ		電話	（ ）	—
氏名		住所		
生年月日		年度末年齢	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	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
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	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

### 4 【医療機関記入欄】みなし健診必須検査項目

生年月日

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3.5時間未満 ・食後3.5時間以上10時間未満 ・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 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 ※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	

### 6 【医療機関記入欄】 (判定日：令和 年 月 日)

※令和8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
保健指導レベル	積極的支援・動機付け支援・なし(情報提供)・判定不能
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	