

情報提供票

様式第2号

(フリガナ)		生年月日 (年齢)	昭和 年 月 日 (歳)		
名前					
被保険者証 番号		今年度特定健診 受診の有無	有 ・ 無 (有の場合は対象とはなりません)	性別	男 ・ 女
住所	今治市				

【問診等】

既往歴	1 無 2 有 ()	
自覚症状	1 無 2 有 ()	
他覚症状	1 無 2 有 ()	
薬剤による 治療状況	A 高血圧症	1 無 2 有
	B 高血糖(糖尿病)	1 無 2 有
	C 脂質代謝異常症	1 無 2 有
喫煙状況 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、 又は合計で100本以上吸っている	1 無(条件1・2以外) 2 以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない(条件2のみ満たす) 3 有(条件1・2を両方満たす)	

【基本的な検査項目】

検査項目		検査年月日 (記載日から3か月以内)	検査結果
身体計測	身長	年 月 日	cm
	体重		kg
	BMI		kg/m ²
	腹囲		cm
血圧	収縮期血圧	年 月 日	mmHg
	拡張期血圧		mmHg
血中脂質 検査	空腹時中性脂肪	年 月 日	(食後 時間) mg/dl
	随時中性脂肪		(食後 時間) mg/dl
	HDL-コレステロール		mg/dl
	LDL-コレステロール		mg/dl
	non-HDLコレステロール *1		mg/dl
肝機能 検査	AST(GOT)	年 月 日	IU/l
	ALT(GPT)		IU/l
	γ-GT(γ-GTP)		IU/l
血糖検査*2 (いずれかの項目)	空腹時血糖	年 月 日	(食後 時間) mg/dl
	ヘモグロビンA1c(NGSP値)		%
	随時血糖		(食後 時間) mg/dl
尿検査	尿糖	年 月 日	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++
	尿たんぱく		1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++

*1 中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール可。

*2 食後10時間以上は空腹時血糖、10時間未満はヘモグロビンA1c、やむを得ず食後3.5時間以上10時間未満でヘモグロビンA1cをしない場合は随時血糖可。

上記結果を踏まえた医師の所見	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 経過観察・要指導 <input type="checkbox"/> 異常認めず
(医師の総合判断日) ※判断日は、最初の検査実施日から3か月以内となります	
令和 年 月 日	医療機関所在地 医療機関名 医師名 電話番号

本情報を医療機関から今治市へ 情報提供することに同意します。 * 同意することにより、特定健診を受診したこととみなしますので、 今年度は受診券を使用しての健診を受けることができません。	令和 年 月 日 (自筆) 名前
---	---------------------