

特定健康診査情報提供書【記載例】

記載もれがないようにご確認をお願いします。  
任意の項目以外は全て必須項目です(③④⑤参照)

右上の発行保険者と  
保険証の保険者が異なる場合、本書  
は使えません。

令和〇年度特定健康診査情報提供書

発行保険者番号 003900000  
保険者名 高知県

保険者番号 ② 00390000 (医療機関記入)  
被保険者証番号 100000000 (医療機関記入)  
医療機関番号 391000000 (医療機関記入)

\* 患者様が提示した保険証の保険者と本書発行の保険者(右上記載)が異なるときは、本書は使えません。

本人同意欄は  
必ず記入して  
もらってください。  
(代筆可)

【患者様記入欄】 ※患者様へ: 太枠の欄内をご記入ください。その他は医療機関にて記入します。

① 本情報を医療機関から私の医療保険者へ情報提供することに同意します。

※ なお、今年度の特定健康診査は受けられなくなります。  
また、万が一、当該情報提供と重複して特定健診を受診した場合は、保険者より費用の請求を受ける場合があります。

同意欄 令和〇年 10月 5日  
名前(自筆) 国保太郎 生年月日(年齢) 昭和〇年 5月 5日 (55歳) 性別 男・女  
住所 (〒 780 - 8570 ) 高知市丸ノ内1丁目2番20号 電話番号 088-823-9675

【問診等】

既往歴 ①~⑩に該当する疾患の既往歴の有無について回答ください。  
1. 有 ( ② ⑤ ) 2. 無  
①高血圧症 ②糖尿病 ③脂質異常症 ④脳血管疾患  
⑤心疾患 ⑥慢性腎臓病・腎不全 ⑦貧血症  
⑧高尿酸血症・痛風 ⑨肝臓・胆嚢疾患 ⑩歯・歯周疾患  
自覚症状 ①~④に該当する自覚症状の有無について回答ください。  
1. 有 ( ) 2. 無  
①胸部不快感 ②動悸、不整脈  
③頭痛、めまい ④呼吸困難感  
服薬状況 喫煙 A. 高血圧に対する薬 ①有 2. 無 C. 脂質代謝に対する薬 1. 有 ②無  
B. 高血糖(糖尿)に対する薬 ①有 2. 無 D. 現在の喫煙状況 1. 有 2. 以前は吸っていたが、最近1カ月は吸っていない 3. 無

整数で記載。  
(小数点以下四捨五入)

【医療機関記入欄】

診察所見(他覚所見) ① 所見有り 有所見コード 2 2. 異常所見なし  
※有所見コードは裏面より選択して記入してください

計測 身長 170.5 cm 体重 65.0 kg 腹囲 80.0 cm

血圧 最高 137 最低 92 mmHg

検尿 尿蛋白 (-) 尿糖 (-) 理由 ( )

肝機能 GOT(AST) 22 U/L GPT(ALT) 15 U/L γ-GTP 18 U/L

③ 追加情報 血清クレアチニン\*7 0.79 mg/dL 血清尿酸 4.7 mg/dL

\*6 検査結果がある場合は、記入にご協力をお願いします。  
\*7 クレアチンは、少数点以下2桁まで記入してください。

④ 脂質 HDLコレステロール 66 mg/dL LDLコレステロール 169 mg/dL Non-HDLコレステロール\*1\*2 mg/dL 空腹時中性脂肪 mg/dL 随時中性脂肪\*3 130 mg/dL

\*1 中性脂肪が400mg/dl以上である場合または食後採血の場合は、LDLコレステロールをNon-HDLコレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)に代えることができます。  
\*2 LDLコレステロール検査値の結果として、「LDLコレステロール」もしくは「Non-HDLコレステロール」の項目のどちらかを記入してください。  
\*3 やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、随時中性脂肪による血中脂質検査を可とします。随時中性脂肪は、絶食10時間未満(食直後を含む)をいいます。

⑤ 糖尿病(いずれかに記入) ヘモグロビンA1c\*4 6.8% 空腹時血糖 mg/dL 随時血糖\*5 mg/dL

\*4 HbA1cを優先とします  
\*5 やむを得ず空腹時以外において採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とします。随時血糖は、食事開始時から3.5時間以上絶食10時間未満をいいます。

⑥ 採血時間(食後) ① 食後3.5時間未満(食直後) ② 食後3.5時間以上10時間未満 ③ 食後10時間以上

「LDL」「Non-HDL」はどちらかを記載。

「糖尿病」は、HbA1cを優先としますが、いずれか一つに記載。

「中性脂肪」「血糖」の検査方法との関連性を確認の上、ご記入ください。

上記結果を踏まえた医師の総合判断 □1異常なし □2要経過観察 □3要精密検査 □4受療中 □5要医療 ⑦

医師の総合判断日(検査結果が揃い、医師が総合的に判断を行った日)

令和〇年 10月 20日 医療機関所在地 高知市丸ノ内2丁目6-5 医療機関名 国保病院 医師名 国保太郎 電話番号 088-820-8415

※ 記入いただく検査結果及び医師の総合判断日は、令和〇年4月1日から令和△年3月31日までとし、令和△年4月1日以降のものは請求できませんのでご注意ください。

本書に記載する検査結果と医師の総合判断日までには3カ月以内です。

「医師の総合判断」の□のいずれかに「レ」を記入。

医師による自筆の場合は、押印不要

【留意事項】  
記入いただく検査結果及び医師の総合判断日は、令和6年4月1日から令和7年3月31日までとし、令和7年4月1日以降のものは請求できませんのでご注意ください。

●医師の診察所見コード(主に内科領域診察所見コード)

診察所見コード	所見内容(一般所見)
001	異常なし
002	不整脈
003	眼瞼結膜貧血様
004	眼瞼結膜黄疸様
005	頸部リンパ節腫大
006	心雑音
007	肺野ラ音
010	腹部圧痛
011	浮腫
012	甲状腺腫
013	甲状腺腫疑い
014	甲状腺腫大
021	無害性心雑音
022	喘鳴
023	肺雑音
100	狭心症疑
106	黄色腫

診察所見コード	所見内容(一般所見)
108	リンパ節腫大
110	肝腫大
111	肝腫大疑い
112	黄疸
120	手指振戦
132	頸部腫瘤
139	右胸心
144	過剰心音
145	収縮期クリック
146	収縮期雑音
147	徐脈
175	頻脈
177	腹水
178	腹部腫瘤疑い
184	結膜充血
185	翼状片
186	漏斗胸

診察所見コード	所見内容(一般所見)
201	くも状血管腫
210	I音分裂
220	II音分裂
232	女性化乳房
235	皮疹
242	心拡張期雑音
244	乳房腫瘤
245	皮膚腫瘤
290	その他
300	要経過観察
301	自覚症状あり
302	内科的診察異常なし
500	口腔衛生の軽度不具合
501	関節の軽度不具合
502	歩行の軽度不具合