

**(佐久市・小諸市・佐久穂町・軽井沢町・御代田町・立科町・東御市)**  
**特定健康診査に相当する情報提供「検査結果書」**

**本人記入欄**

全ての項目について記入をお願いします。

本人同意欄	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。 (自筆) 氏名				
生年月日	昭和 年 月 日( 歳)				性別
住 所				電話番号	
問 診	服 薬	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。			はい・いいえ
	喫 煙	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。			はい・いいえ
		現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。			はい・いいえ
	既往歴	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ① はい (※条件1と条件2を両方満たす) ② 以前吸っていたが、最近1ヶ月は吸っていない (※条件2のみ満たす) ③ いいえ (※条件1と条件2以外)			)) 2 なし
	自覚症状	1 あり (高血圧・脂質異常症・糖尿病・貧血・その他) 2 なし			)) 2 なし

**医療機関記入欄** 注)全ての項目必須

検査年月日		年 月 日			
検査項目		検査結果			
基 本 項 目	身体計測	身 長 (cm)			
		体 重 (kg)			
		B M I (kg/m <sup>2</sup> )	(※未記入でも構いません)		
		腹 囲 (cm)			
血 壓	1 回 目 (mmHg)	収 縮	拡 張		
	2 回 目 (mmHg)	収 縮	拡 張		
採 血 時 間		□ 空腹時(食後10時間以上) □ 隨時(食後3.5時間以上10時間未満) □ 食直後(食後3.5時間未満)			
血 糖 検 査		いずれかひとつ記入してください			
※随時血糖はやむを得ず空腹時以外(食事開始から3.5時間を除く)に採血を行い、HbA1cを測定しない場合に実施可能。		空腹時血糖 (採血が食後10時間以上の場合)	HbA1c (NGSP値)	隨時血糖 (採血が食後3.5時間以上10時間未満)	
		(mg/dl)	(%)	(mg/dl)	
血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dl)				
	HDL-コレステロール (mg/dl)				
	LDL-コレステロール または ※Non-HDLコレステロール (mg/dl)	どちらかひとつ記入してください	※Non-HDLコレステロール		
	AST(GOT) (IU/L)				
肝機能検査	ALT(GPT) (IU/L)				
	γ-GTP(γ-GT) (IU/L)				
尿検査	尿 糖	1:(-)	2:(±)	3:(+)	
		4:(++)	5:(++++)		
医 師 の 判 断	尿 蛋 白	1:(-)	2:(±)	3:(+)	
		4:(++)	5:(++++)		
	□ 所見なし		年 月 日		
	□ 経過観察		医療機関名		
	□ 要治療		医 師 名		
□ 治療中					印
□ その他( )					

※血液検査・尿検査の数値等の記入は、検査データ伝票の添付に代えられます。

※医療機関各位 この用紙は、毎月末に請求書と共に各自治体へ提出してください。