

特定健康診査にかかる診療情報提供書

データ記入後、コピーして、宇部市役所 保険年金課へご郵送ください。
原本は医療機関で保管してください。

氏名		男・女	住所	宇部市	生年月日	
					昭和	年
記載日: 年 月 日			被保険者番号		受診券番号	

【問診等】

既往歴発病年齢	脳卒中	高血圧症	心臓病	腎臓病	糖尿病	肝臓病	貧血	痛風	脂質異常	その他の疾患、手術
服薬治療中の病気に○印										
飲酒	1.毎日飲む ①1合未満 ②1~2合 ③2~3合 ④3合以上 2.時々飲む 3.ほとんど飲まない							喫煙歴	1.吸わない 2.以前吸っていた 3.吸う(本/日)	
自覚症状	頭痛 めまい 耳鳴り 手足のしびれ 息切れ 動機 胸痛 脈の乱れ 最近太った 倦怠感 やせた 多尿 夜間尿回数(回) のどが渇く 不眠 便通異常(便秘・下痢) 食欲不振 悪心 その他(

【基本的な検査項目】

検査項目	検査結果	検査年月日 (記載日から3か月以内のデータをご使用ください。)
他覚症状		年 月 日
身体計測	身長 (cm)	年 月 日
	体重 (kg)	
	腹囲 (cm)	
	BMI	
血圧測定	収縮期血圧 mmHg	年 月 日
	拡張期血圧 mmHg	
血中脂質検査	中性脂肪 mg/dl	年 月 日
	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 mg/dl	
肝機能検査	GOT(AST) (IU/l)	年 月 日
	GTP(ALT) (IU/l)	
	γ-GTP (IU/l)	
血糖検査	空腹時血糖 mg/dl	年 月 日
	HbA1c(NGSP値) (%)	
	随時血糖 mg/dl	
尿検査	糖 - ± + ++ +++	年 月 日
	たん白 - ± + ++ +++	年 月 日

※LDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定に代えられる

メタボリックシンドローム判定	1. 基準該当 2. 予備群該当 3. 非該当
医師の判定	
医療機関名・医師名	