

医療機関の方へ ～診療情報提供事業へのご協力のお願い～

この事業は、定期的な通院等を理由に、特定健康診査を受診しない人について、かかりつけ医が保有している検査データが特定健康診査項目に相当する場合に、本人の同意のもと、かかりつけ医から蕨市国保に提供していただくことで、特定健診を受診したとみなすことができます。

当該情報は特定健診の受診率の向上を図るとともに、保健事業の推進に役立てます。お忙しいところ恐縮ですが、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

【提供方法】

①	検査結果データが必須項目を満たしているか確認する ・令和6年度中の検査結果データが特定健診の基本検査項目(「B 診療情報提供用紙 記入票」の「基本項目」)を満たしているか確認してください。 ※基本項目を満たしていない場合で、 身長・体重・腹囲等の測定を、基本診療・再診料に含めることができる場合は、測定して不足項目を満たし、記入してください。 ただし、別途費用がかかる場合は、患者様負担も追加で生じることから、医師にて判断してください。 ※提供ができない場合には、対象者に「診療情報提供用紙」等を返却してください。
②	中面の「B 診療情報提供用紙 記入票」に必要事項を記入する ・「A 令和6年度 診療情報提供用紙」の本人記入欄が記入されていることを確認し、「B 診療情報提供用紙 記入票」に医療機関情報および検査結果を記入してください。 ※「C 診療情報提供用紙 貼り付けシート」に結果を貼付することができる場合は、検査結果の転記は不要です。
③	請求書を作成し、市に提出する【提出期限:翌月10日(最終:令和7年4月10日)】 ・中面の「D 特定健診診療情報提供料請求書」を作成し、翌月10日までに診療情報提供用紙をあわせて下記の蕨市医療保険課に提出してください。 ※複数件数の提供がある場合は月ごとにとりまとめ、請求書を1枚作成し提出してください。 ※対象者へ返信用封筒(緑色)を送付しておりますので、ご活用ください。

【提出時に再度ご確認ください】

<input type="checkbox"/>	「A 令和6年度 診療情報提供用紙」の【本人同意欄】【問診項目】は、記入されていますか。
<input type="checkbox"/>	「B 診療情報提供用紙 記入票」の医療機関情報や検査結果(任意項目以外)は記入されていますか。(「C 診療情報提供用紙 貼り付けシート」に貼付可)
<input type="checkbox"/>	「B 診療情報提供用紙 記入票」の「医師の総合判断の記入日」は「令和6年4月1日から令和7年3月31日までの日付」かつ検査から3か月以内のものになっていますか。
<input type="checkbox"/>	「D 特定健診診療情報提供料請求書」(中面の右下)を記入していますか。

【問い合わせ・提出先】

蕨市 医療保険課 医療費給付係

〒335-8501 埼玉県蕨市中央5丁目14番15号

電話:048-433-7736(直通)

A

令和6年度 診療情報提供用紙

受診者記入

フリガナ	ワビ 太郎							生年	昭和	44	年	4	月	18	日
氏名	蕨 太郎							月日	昭	44	年	4	月	18	日
被保険者証記号	塚	5	被保険者証番号					9	8	7	6	5	4	3	
受診券整理番号	2	4	1	0	0	0	0	7	8	5	8				

【本人同意欄】 太枠内を記入してください。

この情報提供用紙に記載された情報を蕨市に提出することに同意します。(自筆)

令和 年 月 日

氏名 電話番号 ()

※ 検査結果データは個人情報保護法等を遵守し、国への実施結果報告や保健事業の案内等に活用され、蕨市において保存されます。
 ※ 蕨市が業務を委託した事業者から検査結果データを記載した通知や特定保健指導の案内を電話ですることがあります。

【問診項目】 各問診項目で当てはまるもの1つに「✓」を付けてください。(代筆可)

1	普段から、血圧を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	普段から、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	普段から、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※現在、習慣的に喫煙している者とは、条件1と条件2を両方満たすものである。 ・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100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい (条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ(上記回答以外)

上記太枠内(「本人同意欄」と「問診項目」)を記入し、血液検査・尿検査を受けた医療機関にこの紙と、同封の返信用封筒を提出してください。

中面は医療機関が記入します。

医療機関への提出期限:令和7年2月28日(金)まで

診療情報提供用紙の提出にあたり、費用負担はありません。(治療の費用はご自身の負担となります。)

B

診療情報提供用紙 記入票

医療機関記入

医療機関情報および検査結果の記入をお願いいたします。

黄色の部分(任意項目以外)は必須項目となります。

医療機関情報 ※2	医師名		医師の総合判断日 ^{※1} (検査日から3か月以内かつ R6.4.1~R7.3.31までの 日付を記入してください)	令和 年 月 日		
	医療機関所在地					
	医療機関名					
	担当者名		電話番号			
診察	既往歴	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	自覚症状	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	他覚症状	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
	身体測定	身長				cm
体重					kg	
BMI					kg/m ²	
腹囲					cm	
血圧	収縮期血圧				mmHg	
	拡張期血圧				mmHg	
基本項目	採血時間		<input type="checkbox"/> 食後10時間以上 <input type="checkbox"/> 食後3.5時間以上10時間未満 <input type="checkbox"/> 食後3.5時間未満			
	脂質	中性脂肪				mg/dl
		HDLコレステロール				mg/dl
		LDLコレステロール	※3			mg/dl
		non-HDLコレステロール				mg/dl
	肝機能	AST(GOT)				U/l
		ALT(GPT)				U/l
		γ-GT(γ-GTP)				U/l
	尿	尿糖	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++以上			
		尿蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++以上			
尿検査測定不能		<input type="checkbox"/> 排尿障害のため尿検査実施不可の場合はチェック				
血糖	HbA1c(NGSP値)	※4			%	
	空腹時血糖				mg/dl	
	随時血糖				mg/dl	
任意項目	腎機能	クレアチニン			mg/dl	
		eGFR			ml/分/1.73m ²	
		尿酸			mg/dl	
メタボリックシンドローム判定		<input type="checkbox"/> 基準該当 <input type="checkbox"/> 予備群該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 判定不能				
医師の総合判断		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 要医療				

必須項目が満たされているか、もう一度ご確認ください。

切り取らずに提出してください。

C

診療情報提供用紙 貼りつけシート

医療機関記入

「B 診療情報提供用紙 記入票」に記入していない検査結果を下記に貼付してください。

(記入している場合は貼付不要)

枠内に収まらない場合は、任意の用紙(普通紙等)に貼付してください。

1つの検査項目につき1つの検査結果データを登録するため、同一の検査値が複数記載されている場合は、登録する数値に○など付けて分かるようにしてください。

検査結果貼付

D

特定健診診療情報提供料請求書

医療機関記入

蕨市長 あて (医療保険課扱い)

請求日 令和 年 月 日

医療機関所在地		【情報提供料】		
医療機関名		令和 年 月提供分 ^{※1}		
代表者肩書・氏名	Ⓜ	単価 ^{※2} (消費税及び地方消費税を含む)	件数	合計
		2,800 円	件	円

情報提供料を下記口座に振り込みください。

金融機関名	銀行・信用金庫	店名		本店
口座種別	普通・当座・その他()	口座番号		支店
振込先	フリガナ			
	口座名義			

振込先が医療機関名と異なる場合、振込先に還付金の受領権限を委任したものとみなします。
 ※1 市へ診療情報提供用紙を送付する(した)年月をご記入ください。(診療情報提供用紙に同封する場合は請求書の提出日と同月となります。)
 ※2 埼玉県が設定した統一費用(単価)となるため、変更があった場合はそれに準拠します。

※1 基本項目の実施が複数日にまたがる場合は、最初に行われた検査実施日と最後に実施された医師の総合判断日までの間は3か月以内としてください。

※2 医師名、医療機関住所、医療機関名、担当者名、電話番号はゴム印等でも可。

※3 「中性脂肪が400mg/dl以上」または「食後採血」の場合は「LDLコレステロール」に代えて「non-HDLコレステロール」の記入でも可。

※4 いずれかの記入で可。