

今年度蕨市の特定健診や人間ドック補助金を受ける場合は、提出する必要はありません。

診療情報提供用紙【表】

下記の太枠内を記入し、同封の返信用封筒(緑色)と一緒に
医療機関にご提出ください。

※必要な検査をすべて実施していない場合には、ご提出いただけません。

▼基本情報

フリガナ		生年 月日	昭和		年		月		日
氏名									
被保険者証記号			被保険者証番号						
受診券整理番号									

▼本人同意欄

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

※ 皆様から提供された情報は、個人情報保護法等に基づいて適切に管理し、皆様の健康維持・増進のために利用します。
※ ご提供いただいた情報をもとに、保健事業のご案内を差し上げることがあります。

▼本人記入欄:問診項目(代筆可)

1 普段から、血圧を下げる薬を飲んでいませんか。	1.はい 2.いいえ
2 普段から、血糖を下げる薬又はインシュリン注射を使用していますか。	1.はい 2.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せんか。	1.はい 2.いいえ
4 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1.はい 2.いいえ
5 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1.はい 2.いいえ
6 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けたことがありますか。	1.はい 2.いいえ
7 医師から、貧血といわれたことがありますか。	1.はい 2.いいえ
8 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※これまでに合計100本以上、又は6カ月以上吸っており、最近1カ月も吸っている)	1.はい 2.いいえ
9 お酒を飲む頻度はどのくらいですか。	1.毎日 2.時々 3.ほとんど飲まない(飲めない)
10 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか。	1.はい 2.いいえ

診療情報提供用紙【裏】

(蕨市医療保険課提出用)

▼医療機関記入欄(任意項目以外全て記入)

氏名		様				
項目		検査結果				
基本項目	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	
	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	※ ¹		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)	※ ²	.	%	
		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	
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
		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				

▼医療機関記入欄

※ ³	医師名	医師の総合判断の記入日※ ⁴	令和 年 月 日
	医療機関所在地		
	医療機関名		
	ご担当者名	電話番号	

※¹ 「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。

※² いずれかの記入で可。

※³ 医療機関所在地や医療機関名、医師名はゴム印等でも可。

※⁴ 必ず、令和5年4月1日から令和6年3月31日までの日にちを記入。