

今年度蕨市の特定健診や人間ドックを受ける場合は、提出する必要はありません。

特定健診診療情報提供用紙【表】

(蕨市医療保険課提出用)

医療機関への提出にご協力いただける方へ

この用紙の表面を記載し、同封の緑の封筒と併せて
医療機関にご提出ください。※裏面は医療機関が記入します。

※裏面の太枠内が全て埋まる検査結果をお持ちの場合は、蕨市医療保険課に直接提出いただくこともできます。
その場合は、この用紙の表面の問診項目を記載し、検査結果がわかるもの(コピー可)を蕨市役所 医療保険課に
ご提出ください(郵送の場合は返信用封筒をご活用ください)。

蕨市オリジナルグッズ
もれなくプレゼント!

▼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		

▼本人記入欄:問診項目(ご記入が不自由な場合は、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ヵ月以上吸っており、最近1ヵ月も吸っている)	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

特定健診診療情報提供用紙【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)

			検査日(※)				令和	年	月	日	
項目			検査結果						注意事項		
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		
	脂肪検査	中性脂肪							mg/dl	※「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。	
		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	AST(GOT)							U/l		
		ALT(GPT)							U/l		
		γ-GT(γ-GTP)							U/l		
	尿検査	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									
血糖検査	HbA1c(NGSP値)					.		%	※いずれかが記入してあれば良い。		
	空腹時血糖	※						mg/dl			
	随時血糖							mg/dl			
任意項目	腎機能検査	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					
医師の判断		<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			
医師名											
医療機関所在地											
医療機関名											
ご担当者名						電話番号					

※検査日が複数日に渡る場合は、最後に検査を実施した日を記入してください。(検査は年度内のみ可)

※医療機関所在地や医療機関名、医師名はゴム印等でも構いません。

医療機関の方へ

事業実施期間: 令和4年2月28日まで(請求書の受付締切日: 令和4年4月11日)

※検査結果の記載もれがある場合は、返戻させていただくことがありますので、記入漏れにご注意ください。
 ※情報提供にかかる請求は、「請求書」と「情報提供用紙(この用紙)」を、蕨市役所医療保険課へ対象者から提出を受けた月の翌月10日までに送付してください。患者様へ送付用の封筒(緑色)をお渡しし
 ※請求書は、蕨市のホームページよりダウンロードいただくか、蕨市医療保険課までご連絡ください。

〒335-8501 埼玉県蕨市中央5丁目14番15号 蕨市役所 医療保険課 048-433-7736(直通)