

治療中の方の特定健診情報提供への協力依頼

通院患者で特定健診を受診する意思がない場合に、医療機関が持つ診療情報に特定健診の基本項目を全て満たす検査結果があり、患者本人の同意のもとで保険者へ提供いただくと、特定健診の結果データとして活用できますので、事業の集合契約への参加をお願いします。

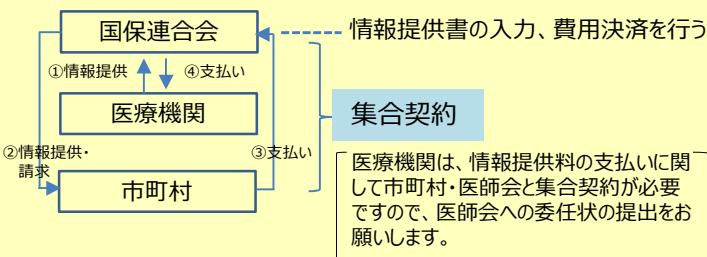
保険者は、提供いただいた健診情報をもとに、保健指導や血管病の重症化予防対策の取り組みに活用します。

なお、本事業は、本来実施している特定健診の受診を妨げるものではなく、未受診者への特定健診受診の推奨にもかかわらず、やむを得ず特定健診が実施されない場合に提供を依頼するものです。

* 情報提供書に記載する検査結果と医師の総合判断日までの間は3ヶ月以内となります

特定健診情報提供料 2,500円/1件をお支払いします

< 1. 情報提供の流れ >



※情報提供の対象と思われる方には、市町村から本人へ情報提供書を送付しています。

① 患者が主治医へ情報提供書を持参する
(主に毎年11月～2月頃)



② 患者が、今年度特定健診を既に受診していないか確認する

※特定健診受診済みの場合は、対象外です



③ 「情報提供書」に本人同意の署名をもらう



④ 情報提供書に検査データ*と医師の総合判断を記載

※検査データは、医師の総合判断の日（検査結果が揃い、医師が総合的に判断を行った日）から3ヶ月以内のデータを記載してください



⑤ 情報提供書と請求書を国保連合会へ提出

※提供いただいた情報をデータ化し、市町村へ提供します

< 2. 情報提供の項目 >

基本項目	問診
	診察（自覚症状及び他覚症状の検査）
	身体計測（身長、体重、腹囲、BMI）
	血圧
	血中脂質検査（中性脂肪、HDL、LDL）
	肝機能検査（AST、ALT、γ-GT）
	血糖検査*1（HbA1c、空腹時血糖、随時血糖）
その他*2	尿検査（糖、蛋白）
	血清クレアチニン検査
	血清尿酸検査

*1: HbA1cを優先しますが、血糖検査のみ実施の場合は血糖値の記載で可です

*2: 検査を実施している場合は、併せてご提供をお願いします

< 3. 情報提供いただく書類の一覧 >

- ・特定健康診査情報提供書
- ・特定健康診査情報提供委託料請求書

※情報提供書は裏面参照

< 4. 提出先 >

高知県国民健康保険団体連合会
保険者支援課
〒780-8536高知市丸ノ内2丁目6-5

令和●年度特定健康診査情報提供書

発行保険者番号 00390000

保険者名 サンプル市

患者様へ:太枠の欄内をご記入ください。その他は医療機関にて記入します。

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。

※なお、今年度の特定健康診査は受けられなくなります。

また、万が一、当該情報提供と重複して特定健診を受診した場合は、保険者より費用の請求を受ける場合があります。

同意欄	年 月 日	生年 月日 (年齢)	年 月 日	性別	男・女
	名前 (自筆)		(歳)		
住所	(〒 -)	電話番号			

保険者 番号	(医療機関記入)	被保険者 証番号	(医療機関記入)	医療機関 番号	(医療機関記入)
-----------	----------	-------------	----------	------------	----------

【問診等】

* 患者様が提示した保険証の保険者と本書発行の保険者(右上記載)が異なるときは、本書は使えません。

既往歴	①～⑩に該当する疾患の既往歴の有無について回答ください。 「1. 有」の場合は、該当疾患の番号を記入ください。 1. 有 () 2. 無 ①高血圧症 ②糖尿病 ③脂質異常症 ④脳血管疾患 ⑤心疾患 ⑥慢性腎臓病・腎不全 ⑦貧血症 ⑧高尿酸血症・痛風 ⑨肝臓・胆嚢疾患 ⑩う歯・歯周疾患	自覚症状	①～④に該当する自覚症状の有無について回答ください。 「1. 有」の場合は、該当症状の番号を記入ください。 1. 有 () 2. 無 ①胸部不快感 ②動悸、不整脈 ③頭痛、めまい ④呼吸困難感
服薬状況	A. 高血圧に対する薬 1. 有 2. 無	C. 脂質代謝に対する薬	1. 有 2. 無
喫煙	B. 高血糖(糖尿)に対する薬 1. 有 2. 無	D. 現在の喫煙状況	1. 有 2. 無

【医療機関記入欄】

診察所見 (他覚所見)	1. 所見有り 2. 異常所見なし
	有所見コード <input type="text"/> ※有所見コードは裏面より選択して記入してください

脂質	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*1	mg/dL
	中性脂肪(TG)	mg/dL

*1 中性脂肪が400mg/dl以上である場合または食後採血の場合は、LDLコレステロールをNon-HDLコレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)に代えることができます。

*2 LDLコレステロール検査値の結果として、「LDLコレステロール」もしくは「Non-HDLコレステロール」の項目のどちらかを記入してください。

計測	身長	cm
	体重	kg
	腹囲	cm

血圧	最高	最低
	mmHg	

検尿	尿蛋白	- ± + 2+ 3+以上
	尿糖	- ± + 2+ 3+以上
	<input type="checkbox"/> 測定不能	理由 ()

糖尿病 (いずれかに 記入)	ヘモグロビンA1c*3	%
	空腹時血糖	mg/dL
	随時血糖*4	mg/dL

*3 HbA1cを優先とします

*4 やむを得ず空腹時以外において採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とします。随時血糖は、食事開始時から3.5時間以上絶食10時間未満をいいます。

追加 情報*5	血清クレアチニン*6	mg/dL
	血清尿酸	mg/dL

肝機能	AST	U/L
	ALT	U/L
	γ-GT	U/L

*5 検査結果がある場合は、記入にご協力をお願いします。

*6 クレアチニンは、少数点以下2桁まで記入してください。

上記結果を踏まえた医師の総合判断

 1異常なし 2要経過観察 3要精密検査 4受療中 5要医療

医師の総合判断日(検査結果が揃い、医師が総合的に判断を行った日)

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

印

電話番号

※記入いただく検査結果及び医師の総合判断日は、令和●年4月1日から令和▲年3月31日までとし、令和▲年4月1日以降のものは請求できませんのでご注意ください。