

本人同意欄(本人記入欄)

(1) 診療における検査結果の情報を国民健康保険特定健康診査の結果データとして活用すること。
 (2) 保健指導や健診結果データの集約・分析等を行うこと。

私は、診療における検査結果の情報提供に関する上記の事項に同意のうえ、情報提供書(質問票)を
 _____ 市・町に提供いたします。 _____ 年 月 日

フリガナ	保険者番号	4 1
氏名 (代筆者名)	生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	性別 ※2	1 男 ・ 2 女 年齢 _____ 歳
住所	受診券整理番号	_____
	被保険者証番号	_____ (被保険者証番号は右詰で記載)
	連絡先(電話番号)	_____

○情報提供書の記入上の注意事項について

※令和6年度分から様式が変更となっています。次のとおり受診券整理番号と使用する様式が一致するよう確認をお願いします。一致しない場合は、返戻となります。

実施年度	受診券整理番号	医師の総合判断日	使用する様式	本会への請求
令和8年度	26で始まる11桁の番号	令和8年4月1日以降	新様式 〔令和6年度以降版〕と表示	令和8年5月以降
令和7年度	25で始まる11桁の番号	令和7年4月1日以降	新様式 〔令和6年度以降版〕と表示	令和7年5月以降

- ※請求書の様式変更は、行わないようにしてください。
- ※記入は、鉛筆以外(ボールペン等)をお願いします。
- ※情報提供書の裏面(質問票)に記載漏れがないか確認をお願いします。
- ※記入漏れ・誤りが多い事例については、裏面を参照してください。

・本人同意欄については、原則、本人が記入することになります。ただし、市町によっては保険者番号や受診券整理番号等印字して本人に配布している場合があります。その場合でも、氏名は本人の自署になります。しかし、本人による自署が困難で、同意が確認できる場合は通常の特定健診と同様に代筆でも可とし、代筆者名の記入をお願いします。

【医療機関記入欄】

医師の総合判断日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※医師の総合判断日は受診券の有効期限内をお願いします。

項目 (/)は検査実施日を記載	追加検査実施月日	検査結果	注意事項
身体測定 (/)	身長	_____ . _____ cm	小数点以下1桁
	体重	_____ . _____ kg	小数点以下1桁
	BMI	_____ . _____ kg/m ²	小数点以下1桁
	腹囲	_____ . _____ cm	小数点以下1桁
血圧 (/)	収縮期血圧	_____ mmHg	右詰めで記載
	拡張期血圧	_____ mmHg	※中性脂肪検査及び血糖検査については(別日であっても)随時・空腹時の採血タイミングが同じ検査の数値を記載いただきますようお願いいたします。
血中脂質検査 (/)	空腹時中性脂肪	_____ mg/dl	例:○空腹時中性脂肪 ○空腹時血糖 ○随時中性脂肪 ○随時血糖 ×随時中性脂肪 ×空腹時血糖
	HDLコレステロール	_____ mg/dl	
	LDLコレステロール	_____ mg/dl	
※1 肝機能検査 (/)	AST(GOT)	_____ U/l	例:○空腹時中性脂肪 ○空腹時血糖 ○随時中性脂肪 ○随時血糖 ×随時中性脂肪 ×空腹時血糖
	ALT(GPT)	_____ U/l	
	γ-GT(γ-GTP)	_____ U/l	
血糖検査 (/)	空腹時血糖	_____ mg/dl	
尿検査 (/)	尿糖 ※2	1 (-) ・ 2 (±) ・ 3 (+) ・ 4 (++) ・ 5 (+++)	
	尿蛋白 ※2	1 (-) ・ 2 (±) ・ 3 (+) ・ 4 (++) ・ 5 (+++)	
	測定不可能 ※4	1(生理中)・2(腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する)	
代替項目 血中脂質検査 (/)	Non-HDLコレステロール	_____ mg/dl	右詰めで記載
	随時中性脂肪	_____ mg/dl	右詰めで記載
血糖検査 (/)	HbA1c(NGSP値)	_____ %	小数点以下1桁
	随時血糖	_____ mg/dl	右詰めで記載
任意項目 腎機能検査 (/)	血清クレアチニン	_____ mg/dl	小数点以下2桁
	血清尿酸	_____ mg/dl	小数点以下1桁
尿検査 (/)	尿潜血 ※2	1 (-) ・ 2 (±) ・ 3 (+) ・ 4 (++) ・ 5 (+++)	
医師の診断 ※2	1 異常なし ・ 2 治療中 ・ 3 要医療 ・ 4 要検査 ・ 5 経過観察		
医療機関コード	医療機関住所		
医師名	医療機関名		

- ・医師の総合判断日を健診実施日として取り扱います。事業実施時期は、4月1日から3月31日までになります。事業実施時期及び受診券の有効期限を御確認くださいようお願いします。
- ・特定健診の基本健診項目は基本的に同一日に全て実施されていることが望ましいです。しかし、検査結果に不足があり、基本健診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か月以内となります。

※被保険者が情報提供書を持参された日が、すでに最初に行われた検査実施日から3か月を経過している場合など、情報提供の要件を満たさない場合の対応について
情報提供できない旨の説明をお願いします。ただし、受診券の有効期限内に特定健診の基本項目を満たす血液検査等を実施される予定がある場合は、その情報の活用について被保険者の方と調整をお願いします。貴院からの情報提供が困難な場合は、特定健診(個別・集団)の受診勧奨に御協力をお願いします。

・基本項目は、必ず記載してください。なお、代替項目に記載がある場合はこの限りではありません。
代替項目: LDLコレステロール → Non-HDLコレステロール(中性脂肪(空腹時・随時)400mg/dl以上又は食後に採血する場合)

空腹時血糖 → (空腹時血糖がなければ)HbA1c
→ (空腹時血糖及びHbA1cのいずれもない場合) 随時血糖
注)空腹時は絶食10時間以上、随時は食事開始時から 3.5 時間以上絶食10時間未満とする。

- ・空腹時中性脂肪→随時中性脂肪
注)空腹時は絶食10時間以上、随時は絶食10時間未満とする。
- ※中性脂肪検査及び血糖検査については(別日であっても)随時・空腹時の採血タイミングが同じ検査の数値を記載いただきますようお願いいたします。
- ・血圧を2回測定した場合は、測定値の平均値(四捨五入)を記載してください。

・本事業のために尿検査を実施した場合は、※3に追加検査実施日を記入してください。

- ・尿検査が測定できない場合は、その理由について「測定不可能」欄の該当項目に○をつけてください。なお、1(生理中)・2(腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する)以外で、健診機関としては検体を採取したものの、以下の場合等で測定不可能となってしまった場合、空欄に手書きで「3 その他」を記入いただくようお願いいたします。
- ・検体のなんらかの理由(凝固、量が不足、適切な検体補助剤が入られていないなど)で測定不可能だった場合
- ・検査機器のトラブル
- ・検体搬送時の事故等により検査ができなかった場合
- ・検査装置の測定限界を超えた異常な値を呈したために検査ができなかった場合

- ・代替項目及び任意項目については、検査結果をお持ちであれば記載に御協力をお願いします。
- ・医師の診断は必須項目になります。
- ・医療機関コード、医療機関住所、医師名、医療機関名を記入してください。(ゴム印使用可能)

◆請求書の記入上の注意事項については、裏面を参照してください。