

特定健康診査に係る治療中患者の診療情報提供票(令和6年度・能代市)

太枠の中を全て記入してください。

被保険者証番号	受診券整理番号			性	男				
フリガナ	生年月日 (年齢)			別	女				
名前	昭和 年 月 日 ()								
受診者住所	(〒 -)								
既往歴	無 有 ()								
自覚症状	無 有 ()								
他覚症状	無 有 ()								
小数点以下は、第一位まで記入									
基本項目	検査項目		検査結果		検査項目		検査結果		
	身体計測	身長	cm		肝機能	GOT(AST)		IU/l	
		体重	kg			GPT(ALT)		IU/l	
		BMI	kg/m ²			γ-GT(γ-GTP)		IU/l	
		腹囲	cm		血糖	空腹時血糖		mg/dl	
	血圧	収縮期血圧	mmHg			HbA1c (NGSP値)		%	
		拡張期血圧	mmHg		随時血糖 (やむを得ない場合)		mg/dl		
	血中脂質	空腹時中性脂肪		mg/dl		尿	糖	1 - 2 ± 3 + 4 ++ 5 +++	
		HDL		mg/dl			蛋白	1 - 2 ± 3 + 4 ++ 5 +++	
		い ず れ か	LDL	mg/dl			□ 排尿障害等のため尿検査を実施できません		
			Non-HDL ※1	mg/dl					
	随時中性脂肪 (やむを得ない場合)		mg/dl		血清クレアチニン検査		mg/dl		
	秋田県独自の追加健診項目 (検査を実施した場合に記入してください)					eGFR算出		ml/分/1.73m ²	
						尿酸		mg/dl	
※1 中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、Non-HDLコレステロールの測定でも可									
医師の判断	1 異常なし 2 治療中 3 経過観察 4 要注意 5 要検査								
最初に行われた検査実施日 ※2	令和	年	月	日	※2 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				
医師の総合判断日 ※2	令和	年	月	日					
令和 年 月 日									
医療機関所在地									
医療機関名			医師名			印			

【同意欄】

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。	令和 年 月 日 氏名 (自筆)
---------------------------------------	------------------------

※ 診査結果が記された報告書が別途ある場合は、検査項目の記載を省略し裏面の「のりしろ」欄に貼り付けすることも可能です。