

健診結果提出同意書

大田原市長 あて

私が受診した健康診査の結果について、下記の事項に同意したうえで市に提供いたします。

- (1) 国民健康保険特定健康診査の実施に代えること。
- (2) 保健指導や健診結果データの集約・分析等、国民健康保険に関する事業に活用すること。

記入日	令和 年 月 日
住所	〒 大田原市
ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和 年 月 日
電話番号	

●問診項目（健診結果のコピーを添付する場合も、必ず回答してください。）

血圧を下げる薬を服用している	はい・いいえ
インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している	はい・いいえ
コレステロールを下げる薬を服用している	はい・いいえ
現在たばこを習慣的に吸っている ※今までに100本以上又は6カ月以上吸っていて最近1カ月も吸っている場合	はい・いいえ
既往歴	なし・あり（ ）
自覚症状	なし・あり（ ）
他覚症状	なし・あり（ ）

※上記枠内に書ききれない場合は、裏面に記載してください。

腹囲計測のポイント

- おへその高さで水平に測ります。
- お腹に力を入れずに、軽く息を吐いた時に測ります。
- 飲食直後は避けて測ります。

●特定健診検査項目

健診受診日	平成 / 令和 年 月 日						
身体測定	身長		cm	肝機能	AST [GOT]	IU/l	
	体重		kg		ALT [GPT]	IU/l	
	BMI	体重[kg]÷身長[m]÷身長[m]			γ-GT [γ-GTP]	IU/l	
	腹 囲		cm		血糖	空腹時血糖	mg/dl
血 圧	収縮期(最高)		mmHg	HbA1c [NGSP]		%	
	拡張期(最低)		mmHg	腎機能	クレアチニン (CREA)	mg/dl	
尿検査	尿 糖	-・±・+・2+・3+	※実施した場合のみ		尿酸 (UA)	mg/dl	
	尿蛋白	-・±・+・2+・3+		貧 血	ヘマトクリット (HCT)	%	
脂質代謝	中性脂肪 (TG)				mg/dl	血色素/ヘモグロビン (HGB)	g/dl
	HDLコレステロール				mg/dl	赤血球 (RBC)	万/mm ³
	LDLコレステロール		mg/dl				

受診医療機関名: _____

医師名: _____

＊注意事項＊

- ・必ず各項目すべてに記入をしてください。
- ・上記項目をすべて実施している場合は、記入の代わりに健診結果のコピーの添付も可能です。
(注)提出いただいた書類は返却しませんのでご了承ください。
- ◆腎機能・貧血検査を除くすべての検査項目を実施していない場合は、市の特定健診を受診してください。

●既往歴や自覚症状など、表面に書ききれない場合はこちらに記載してください。