

【注】 情報提供できるのは川西市医師会会員の医療機関に限ります

(川西市国民健康保険)

治療中の方の特定健康診査等情報提供書

(フリガナ)		生年月日	年 月 日	性別	1 男 2 女
名前		(年齢)	(歳)		
被保険者番号		特定健診受診券番号	※受診券 (オレンジ色の用紙) 紛失の場合チェック <input type="checkbox"/>		
受診者住所		今年度特定健診受診有無	有 ・ 無 ※有の場合は情報提供不要。提出いただいても医療機関への情報提供料はお支払いできません。		

※受診券紛失欄にチェックされた場合でも後に特定健診を受診していることが判明した場合、医療機関へ情報提供料が支払われないことがあります。

【問診等】

既往歴	無 有 ()	
自覚症状	無 有 ()	
他覚症状	無 有 ()	
服薬状況	A. 高血圧に対する薬	無 有
	B. 高血糖 (糖尿) に対する薬	無 有
	C. 脂質代謝に対する薬	無 有
現在の喫煙状況 条件1: 最近1カ月間吸っている 条件2: 生涯で6カ月間以上 または合計100本以上吸っている	無 (条件1.2両方を満たさないもしくは、どちらかのみを満たす) 有 (条件1.2両方を満たす)	

【基本的な検査項目】

検査項目		検査年月日※	検査結果
身体計測	身長	令和 年 月 日	c m
	体重	令和 年 月 日	k g
	BMI	令和 年 月 日	k g/m ²
	腹囲	令和 年 月 日	c m
血圧	収縮期血圧	令和 年 月 日	mmHg
	拡張期血圧	令和 年 月 日	mmHg
血中脂質検査	中性脂肪 (空腹時または随時)	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 mg/dl
	HDL-コレステロール	令和 年 月 日	mg/dl
	LDL-コレステロール	令和 年 月 日	mg/dl
肝機能検査	AST (GOT)	令和 年 月 日	I U/I
	ALT (GPT)	令和 年 月 日	I U/I
	γ-GT (γ-GTP)	令和 年 月 日	I U/I
血糖検査 (いずれかの項目)	ヘモグロビンA1c (NGSP値)	令和 年 月 日	%
	空腹時血糖	令和 年 月 日	mg/dl
尿検査	尿糖	令和 年 月 日	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++
	尿たんぱく	令和 年 月 日	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++

※医師の総合判断日から3か月以内に実施された検査を記載してください。

上記結果を踏まえた医師の所見	<input type="checkbox"/> 治療中 (データ提供)
	<input type="checkbox"/> その他 ()

(医師の総合判断日)

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

印

【患者本人記入】

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 名前 (自筆)
----------------------------------	------------------------

通院中の方の特定健診情報提供（みなし健診）事業を開始

「定期的に通院して治療中のため」特定健診を受けていないという方へ

「みなし健診」とは医療機関に定期的に通院し、検査を受けている方が、**検査結果を市に提供することで、特定健診を受診したとみなすことができる健診**のことです。

特定健診は国が受診率目標を60%と定めていますが、川西市の受診率は35.8%（R4年度）と、目標に届いていません。また県内41市町中25位と低い順位となっています。

特定健診やみなし健診を受診いただくことで、受診率を上げられることに加え、市はより多くのデータを集めることができ、データに基づいたより効果的な保健事業を実施することができます。

ぜひ検査結果の提供にご協力ください。（特定健診を受診する方や、人間ドック助成金の手続きをする方は、検査結果を提供いただく必要ありません。）

対象者 現在、川西市医師会所属の医療機関に定期的に通院中の人で下記の検査データがある人

※通院中の医療機関が川西市医師会所属でない場合はみなし健診を利用できません。

かかりつけ医に相談の上、特定健診の受診をご検討ください。

※川西市医師会所属医療機関は医師会ホームページで確認できます。（医師会 HP→）



費用 無料

提供いただく検査データ

・身体測定（身長、体重、腹囲）・血圧・尿検査（糖、たんぱく）・血液検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール、AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT (γ -GTP)、HbA1c または空腹時血糖)

みなし健診の手順

被保険者の皆さんが行うのは①と②のみです。
まずはこの用紙をそのまま医療機関へ持参してください。

