

特定健康診査に係る治療中患者の診療情報提供票(令和8年度・秋田市)

【同意欄】 ※被保険者が記入

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
	氏名 (自筆)

太枠の中を全て記入してください。 ※医療機関が記入

受診券整理番号				性 別	男 女
フリガナ	生年月日 (年齢)	昭和			
名前			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。ただし、血清クレアチニン検査は、小数点以下第2位まで記入。

検査項目		検査結果	検査項目		検査結果	
基本項目	身体計測	身長	cm	肝機能	AST(GOT)	U/l
		体重	kg		ALT(GPT)	U/l
		BMI	kg/m ²		γ-GT(γ-GTP)	U/l
		腹囲	cm	血糖 (※2)	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 (※2)	い ず れ か	空腹時中性脂肪	mg/dl	尿	糖	1 - 2 ± 3 + 4 ++ 5 +++
		HDLコレステロール	mg/dl		蛋白	1 - 2 ± 3 + 4 ++ 5 +++
		LDLコレステロール	mg/dl		□ 排尿障害等のため尿検査を実施できません	
		Non-HDL コレステロール(※1)	mg/dl			
	随時中性脂肪 (やむを得ない場合)	mg/dl				
※1 採血時間(食後経過時間)		時間				

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)

血清クレアチニン検査 ※小数点以下第2位まで記入	mg/dl
eGFR算出	ml/min/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	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	年 月 日	

令和 年 月 日	医療機関所在地	医療機関名	医師名	印
----------	---------	-------	-----	---

※3 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。