

詳細な健診の項目の検査実施に当たっては、以下のことに留意する。

1 対象者

下表の基準に該当した方のうち、医師が必要と判断した方。

追加項目	実施できる条件(判断基準)			
貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者			
心電図検査(12誘導心電図)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 又は問診等で不整脈が疑われる者			
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者			
	<table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値) 6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、*前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。</p>	血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上	血糖
血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上			
血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値) 6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上			
血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者			
	<table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上	血糖
血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上			
血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上			

注1) ※眼底検査の実施できる条件「前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者」については、裏面の図のとおり特定健康診査受診券に「*」を記載します。

注2) 心電図検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日に心電図検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。

注3) 眼底検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日から1か月以内に眼底検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。

2 理由の明記

詳細な健診の項目の検査を実施した場合、その理由を健診結果データに詳述することとする。

〒 000-0000
 ○○市山王○丁目○番○号
 ○○○ハイツ○○○号
 ○○ ○○ 様

○○健診第 ○○○ 号
 ○○○ 年○○月○○日
 生年月日：昭和00年00月00日
 性 別：○ 年齢：○○才(年度末現在)
 受診者氏名：○○ ○○

ア #000000

秋田市長 穂積 志

秋田市 国保 令和○○年度 特定健康診査 受診券

この『受診券』と『健康保険証』を必ず持参し、
 健診機関の受付に提出してください。

実施対象	検査内容		自己負担額
全員	身体計測	身長、体重、腹囲を測ります。	0円
	血圧測定	高血圧や低血圧によるリスクの高さを調べます。	
	脂質検査	血中の脂肪やコレステロールの量を調べます。	
	肝機能検査	肝臓などに障害が起きていないか調べます。	
	血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c)	血糖値が高くないかを調べます。	
	尿検査	尿糖や尿たんぱくの有無を調べます。	
	腎機能検査	血液中の老廃物の量を調べます。	
医師の判断 により実施	貧血検査	医師の判断により、上記の項目に追加して実施します。全員が対象ではありません。 *は前年度基準該当	0円
	心電図検査		
	眼底検査		

※特定健診と同等以上の検査を受けている方はかかりつけ医と相談のうえ、治療中の検査結果の提供をお願いします。

◆注意事項◆

- ・ 集団健診の会場では受診券の再発行はできません。受診券と保険証を必ず持参しましょう。
- ・ 秋田市国民健康保険から脱退するとこの受診券は利用できません。
- ・ 裏面の質問票をご記入ください。

◆連絡・問合せ先◆

秋田市特定健診課

電話番号 018-888-5636

国保 特定健康診査 受診券

受診券整理番号 00000000000 有効期限 令和00年00月00日 受診(みなし受診)年月日 年 月 日
 ※医療機関記入欄

氏名 ○○ ○○ 性別 ○ 生年月日 昭和00年00月00日

この健康診査の自己負担額は無料です。健康保険証も必ずご持参ください。

特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者において保存し、必要に応じて保健指導に活用しますのでご了承の上、受診願います。

健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがあるほか、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますのでご了承の上、受診願います。

保険者名 秋田市国民健康保険 保険者番号 00050013