

(本人記入面) ※太枠内(本人同意欄及び質問項目)は必ずご記入ください。

後期高齢者用

備前市 後期高齢者健診相当検査結果提供【同意書 兼 質問票】

- ★ 備前市では、健診を受診されない方、又は受診する予定のない方で、かかりつけ医療機関で治療中の方から、診察時に測定された血液検査や尿検査などの結果の提供をお願いしています。
- ★ 備前市及び岡山県後期高齢者医療広域連合は提供いただいたデータを活用し、住民の皆様の健康づくり・病気の予防の取組(保健事業)に繋げていきます。
- ★ 健診を受診されない方(受診する予定のない方)は、本票を持参の上、かかりつけ医へご相談ください。
- ★ 医療機関には、本票と**健診受診券**をご提出ください。

■ 本人同意欄

令和 年 月 日

この同意書兼質問票・情報提供票及び健診受診券を備前市及び保険者に提出することに同意します。

氏名(自署)

電話番号

- -

No	質問項目	いずれかに○をしてください。	
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない	
2	毎日の生活に満足していますか。	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満	
3	1日3食きちんと食べていますか。	①はい	②いいえ
4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。 ※さきいか、たくあんなど	①はい	②いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。	①はい	②いいえ
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	①はい	②いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	①はい	②いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか。	①はい	②いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	①はい	②いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか。	①はい	②いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか。	①はい	②いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか。	①吸っている ②吸っていない ③やめた	
13	週に1回以上は外出していますか。	①はい	②いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	①はい	②いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	①はい	②いいえ

(医療機関記入面)

備前市 後期高齢者健診相当検査結果提供 【情報提供票】

後期高齢者用

保険者番号	39332119	保険者名	岡山県後期高齢者医療広域連合 (備前市)
-------	----------	------	-------------------------

被保険者番号	
健診受診券有無	有(添付) ・ 無(受診券紛失)
氏名※	(カナ)
生年月日※	大正・昭和 年 月 日

*健診受診券を必ずご確認ください。
 *健診受診券の発行年度と検査実施日が同じ年度であることをご確認ください。
 *原則、本票提出の際は、健診受診券を添付いただく必要がありますが、受診券紛失の場合は、健診を受診済み・受診予定、又は検査結果提供済みでないことを備前市及び患者様にご確認ください。
 *検査項目については、検査結果シートの貼付をもって記入に替えることができます。
 *裏面の本人同意欄と、質問項目の記入は必須ですのでご確認ください。
 ※情報提供票に受診券を添付していただいた場合は、氏名、生年月日の記入は不要です。

検査実施日	令和 年 月 日	※検査実施日が複数日にまたがる場合は、最初の検査実施日を記入
-------	----------	--------------------------------

		検査項目	検査結果	注意事項
健診基本項目 (全てご記入ください)	身体計測	身長	. cm	小数点以下1桁まで記入
		体重	. kg	同上
		BMI	. kg/m ²	同上
	血圧	収縮期血圧	mmHg	
		拡張期血圧	mmHg	
	脂質	空腹時中性脂肪*1 (いずれか必須)	mg/dl 食後 時間	採血時間(食後)必須
		随時中性脂肪*1*2	mg/dl 食後 時間	//
		HDLコレステロール	mg/dl	
		LDLコレステロール*3	mg/dl	下記*3参照
		(Non-HDLコレステロール)*3	mg/dl	//
	肝機能	AST(GOT)	IU/l	
		ALT(GPT)	IU/l	
		γ-GT(γ-GTP)	IU/l	
	糖代謝 (いずれか必須)	空腹時血糖	mg/dl	
		HbA1c(NGSP値)	. %	小数点以下1桁まで記入
随時血糖*4		mg/dl	下記*4参照	
尿検査	尿糖	- ± + 2+ 3+		
	尿たんぱく	- ± + 2+ 3+		
任意項目	腎機能	血清クレアチニン	. mg/dl	小数点以下2桁まで記入
		血清尿酸	. mg/dl	小数点以下1桁まで記入
	脂質	総コレステロール	mg/dl	

- *1: 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪の判定のため、採血時間(食後)の情報は必須。
- *2: やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合、随時中性脂肪による検査結果でも可。
- *3: 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合は、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)による評価でも可。
- *4: 空腹時以外に採血を行い、HbA1c(NGSP値)を測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖の結果でも可。

医師の判断	<input type="checkbox"/> 治療中	治療中の疾患の名称(主病を明記してください。)
	<input type="checkbox"/> 要治療	
	<input type="checkbox"/> 経過観察・要指導	
	<input type="checkbox"/> 異常認めず	

(医師の総合判断日) ※判断日は、最初の検査実施日から3か月以内となります。

令和 年 月 日 医療機関所在地
 医療機関名
 医師名