

健診結果提供書(みなし健診)

安来市長 様

私は、健康診断(検査)結果を安来市に提出し、特定健診の結果として保健指導等に活用されることについて同意します。

		提出日	年	月	日
フリガナ		生年月日	年	月	日
氏 名					
住 所					
電話番号					
受診(検査) 医療機関		受診年月日	年	月	日
腹 囲	cm	※健診結果に腹囲の記載がない場合、計測し、記載する。			

質問票(健診結果に下記の項目の記載がない場合、ご記入ください。)

	質問項目	回答(該当するところに○をつけてください)
1	既往歴について	脳卒中 心臓病 慢性腎不全 人工透析 貧血 高血圧 糖尿病 脂質異常症 その他()
2	現在、aから c の薬の使用の有無について	
	a 血圧を下げる薬	① はい ② いいえ
	b インスリン注射又は血糖を下げる薬	① はい ② いいえ
	c コレステロールや中性脂肪を下げる薬	① はい ② いいえ
3	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、 条件1と条件2を両方満たすものである。 条件1:最近1か月間吸っている。 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、 または合計100本以上吸っている。)	① はい(条件1と条件2を両方満たす) ② 以前は吸っていたが、最近1か月間は 吸っていない(条件2のみ満たす) ③ いいえ(①②以外)
4	生活習慣の改善について、これまでに特定 保健指導を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ

【添付書類】

- ☐ 健康診断等の結果の写し(令和 8 年度に受診したもの)
- ☐ 令和 8 年度 安来市国民健康保険の特定健診受診券

【ご確認ください】

- ☐ 検査項目のうち特定健診の必須項目が不足している場合は、特定健診を受診したとみなすことができないため、みなし健診に該当しません。安来市の特定健診を受診してください。
- ☐ ご提供いただきました健康診断等の結果は、今後の保健事業に活用し、必要に応じて特定保健指導のご案内をさせていただきます。
- ☐ 記入された個人情報及び健診結果は、個人情報の保護に関する法律に基づき適正に扱い、公衆衛生の向上のためにのみ利用します。

職員記入欄

資格確認欄	
☐ 被保険者記号・番号 (-)	
☐ 40歳以上	☐ 健診結果のコピー
☐ 受診券 (無い場合: ☐ 紛失 ☐ その他)	

健診(検査)項目確認欄				
※健診結果のコピー参照、結果があれば☑				
※不足項目あれば受付不可。ただし、腹囲のみであれば、計測することで受付可				
☐ 身長	☐ 体重	☐ 腹囲	☐ BMI	☐ 血圧
☐ 中性脂肪※2	☐ HDL	☐ LDL	☐ GOT	☐ GPT
☐ γ-GTP	☐ 空腹時血糖 ※1、※2	☐ HbA1c ※1	☐ 尿糖	☐ 尿蛋白
☐ 診察	☐ 医師名			

※1 「空腹時血糖」と「HbA1c」はどちらの項目の実施でも可

※2 「空腹時中性脂肪」「随時血糖」でも可