

【令和 年度分】（有効期限：令和 年 月末日）

(様式2-1)

治療中の方の検査結果データ提供票（市町村国保用）

<本人記入欄>

治療のため特定健診を受けない方は、下欄にご署名及び裏面にご回答のうえ、この用紙をかかりつけ医の窓口へご提出いただきますようお願いいたします。なお、未実施の検査を実施していただく場合があります。

Form with fields for date (令和 年 月 日), name (氏名), and signature (自筆).

<保険者記入欄> 保険者番号 (21-) 保険者名 ()

Form with fields for name (フリガナ), birth date (生年月日), age (年齢), sex (性別), address (住所), and insurance ID (被保険者証番号).

<医療機関記入欄>

【問診等】 ※該当のものに☑等を記入し、必要に応じて別紙コード表を参照し、病名等を記載してください。

Form for medical history (既往歴) and other symptoms (他覚症状) with checkboxes and input fields.

【基本的な検査項目】 【検査日 令和 年 月 日】 (当該年度検査分のみ請求可)

Table with columns: 検査項目 (Exam Item), 結果 (Result), 注意事項 (Notes). Rows include body measurements, blood pressure, lipids, liver function, blood sugar, and urine tests.

※上記検査が未実施・測定不能等の場合は、理由を記載してください。 []

医療機関番号 21-1-

医療機関所在地

医療機関名

医師名

●医師の意見

- 1 □ 異常認めず
2 □ 要指導・観察
3 □ 要医療

<本人記入欄>

【質問票】		受診者氏名：		
質問事項		回答欄 あてはまる番号に○をつけてください。		
0	今、体調の悪いところがありますか (「はい」の場合、症状を○に記載してください。)	1. はい 症状()		2. いいえ
1	A：現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	1. はい	2. いいえ	
2	B：現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	1. はい	2. いいえ	
3	C：現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	1. はい	2. いいえ	
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	1. はい	2. いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(※今までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っており最近1ヶ月間も吸っている方)	1. はい	2. いいえ	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	1. はい	2. いいえ	
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	1. はい	2. いいえ	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	1. はい	2. いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	1. はい	2. いいえ	
13	食事をかんで食べる時の状態は右のどれに当てはまりますか。	1. 何でもかんで食べることができる 2. 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3. ほとんどかめない		
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	1. 速い	2. 普通	3. 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	1. はい	2. いいえ	
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物をとることが週に3回以上ありますか。	1. 毎日	2. 時々	3. ほとんどとらない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1. はい	2. いいえ	
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は、どのくらいですか。	1. 毎日	2. 時々	3. ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どのくらいですか。 日本酒1合(180ml)の目安： ビール(約500ml)、焼酎25度(110ml)、 ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1. 1合未満	2. 1~2合未満	3. 2~3合未満 4. 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	1. はい	2. いいえ	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。 (いずれかの項目を選択)	1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) 3. 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている 4. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)		
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	1. はい	2. いいえ	

●質問票はご本人が御記入ください。ただし、ご記入が不自由な方は代筆で結構です。

●データ提供票作成医療機関において、質問事項の記入確認をお願いします。

【令和 年度分】（有効期限：令和 年 月末日）

治療中の方の検査結果データ提供票（市町村国保用）

<本人記入欄>

治療のため特定健診を受けない方は、下欄にご署名及び裏面にご回答のうえ、この用紙をかりつけ医の窓口へご提出いただきますようお願いいたします。なお、未実施の検査を実施していただく場合があります。

本情報を医療機関から〇〇市（町村）へ情報提供することに同意します。 令和 年 月 日 氏名 (自筆)

<保険者記入欄> 保険者番号 (21-) 保険者名 ()

Table with columns for (フリガナ) 氏名, 生年月日, 昭和 年 月 日, 年齢 (年度末), 性別, 住所, 受診券整理番号, 被保険者証番号

<医療機関記入欄>

【問診等】 ※該当のものに☑等を記入し、必要に応じて別紙コード表を参照し、病名等を記載してください。

既往歴 □ 無 □ 有 他 他覚症状 □ 無 □ 有 他

【基本的な検査項目】 【検査日 令和 年 月 日】（当該年度検査分のみ請求可）

Main table with columns: 検査項目, 結果, 注意事項. Rows include 身体計測, 血圧, 血中脂質検査, 肝機能検査, 血糖検査, 尿検査.

※上記検査が未実施・測定不能等の場合、理由を記載してください。

追加検査項目

Table for additional tests: 尿検査 (尿潜血), 腎臓検査 (尿酸, クレアチニン)

●医師の意見

- 1 □ 異常認めず
2 □ 要指導・観察
3 □ 要医療

医療機関番号 21-1-
医療機関所在地
医療機関名
医師名

<本人記入欄>

【質問票】

質問事項		回答欄			
		受診者氏名：			
		あてはまる番号に○をつけてください。			
0	今、体調の悪いところがありますか (「はい」の場合、症状を○に記載してください。)	1. はい 症状 ()	2. いいえ		
1	A：現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	1. はい	2. いいえ		
2	B：現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	1. はい	2. いいえ		
3	C：現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	1. はい	2. いいえ		
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ		
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ		
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	1. はい	2. いいえ		
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	1. はい	2. いいえ		
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(※今までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っており最近1ヶ月間も吸っている方)	1. はい	2. いいえ		
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	1. はい	2. いいえ		
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	1. はい	2. いいえ		
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	1. はい	2. いいえ		
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	1. はい	2. いいえ		
13	食事をかんで食べる時の状態は右のどれに当てはまりますか。	1. 何でもかんで食べることができる			
		2. 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある			
		3. ほとんどかめない			
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	1. 速い	2. 普通	3. 遅い	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	1. はい	2. いいえ		
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物をとることが週に3回以上ありますか。	1. 毎日	2. 時々	3. ほとんどとらない	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1. はい	2. いいえ		
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は、どのくらいですか。	1. 毎日	2. 時々	3. ほとんど飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どのくらいですか。 日本酒1合(180ml)の目安： ビール(約500ml)、焼酎25度(110ml)、 ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1. 1合未満	2. 1~2合未満	3. 2~3合未満	4. 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	1. はい	2. いいえ		
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。 (いずれかの項目を選択)	1. 改善するつもりはない			
		2. 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)			
		3. 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている			
		4. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)			
		5. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)			
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	1. はい	2. いいえ		

●質問票はご本人が御記入ください。ただし、ご記入が不自由な方は代筆で結構です。

●データ提供票作成医療機関において、質問事項の記入確認をお願いします。

【令和 年度分】(有効期限:令和 年 月末日)

治療中の方の検査結果データ提供票(市町村国保用)

<本人記入欄>

治療のため特定健診を受けない方は、下欄にご署名及び裏面にご回答のうえ、この用紙をかかりつけ医の窓口へご提出いただきますようお願いいたします。なお、未実施の検査を実施していただく場合があります。

本情報を医療機関から〇〇市(町村)へ情報提供することに同意します。 令和 年 月 日 氏名 (自筆)

<保険者記入欄>

保険者番号 (21-) 保険者名 ()

Table with columns for (フリガナ), 氏名, 生年月日, 昭和 年 月 日, 性別, 住所, 受診券整理番号, 被保険者証番号

<医療機関記入欄>

【問診等】 ※該当のものに☑等を記入し、必要に応じて別紙コード表を参照し、病名等を記載してください。

既往歴, 他覚症状 tables with checkboxes for 無, 有 and other options.

【基本的な検査項目】 【検査日 令和 年 月 日】 (当該年度検査分のみ請求可)

Main table for basic examination items including body measurements, blood pressure, lipids, liver function, blood sugar, and urine tests.

※上記検査が未実施・測定不能等の場合、理由を記載してください。

追加検査項目

Table for additional examination items including urine tests, kidney tests, and eye examinations.

●医師の意見

- 1 異常認めず
2 要指導・観察
3 要医療

医療機関番号 21-1-
医療機関所在地
医療機関名
医師名

<本人記入欄>

【質問票】		受診者氏名：		
質問事項		回答欄 あてはまる番号に○をつけてください。		
0	今、体調の悪いところがありますか (「はい」の場合、症状を○に記載してください。)	1. はい 症状()		2. いいえ
1	A：現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	1. はい	2. いいえ	
2	B：現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	1. はい	2. いいえ	
3	C：現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	1. はい	2. いいえ	
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	1. はい	2. いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(※今までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っており最近1ヶ月間も吸っている方)	1. はい	2. いいえ	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	1. はい	2. いいえ	
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	1. はい	2. いいえ	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	1. はい	2. いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	1. はい	2. いいえ	
13	食事をかんで食べる時の状態は右のどれに当てはまりますか。	1. 何でもかんで食べることができる		
		2. 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある		
		3. ほとんどかめない		
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	1. 速い	2. 普通	3. 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	1. はい	2. いいえ	
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物をとることが週に3回以上ありますか。	1. 毎日	2. 時々	3. ほとんどとらない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1. はい	2. いいえ	
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は、どのくらいですか。	1. 毎日	2. 時々	3. ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どのくらいですか。 日本酒1合(180ml)の目安： ビール(約500ml)、焼酎25度(110ml)、 ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1. 1合未満	2. 1~2合未満	3. 2~3合未満 4. 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	1. はい	2. いいえ	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。 (いずれかの項目を選択)	1. 改善するつもりはない		
		2. 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)		
		3. 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている		
		4. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)		
		5. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)		
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	1. はい	2. いいえ	

●質問票はご本人が御記入ください。ただし、ご記入が不自由な方は代筆で結構です。

●データ提供票作成医療機関において、質問事項の記入確認をお願いします。