

かかりつけのお医者さんに、この用紙をお渡しください。

特定健康診査情報提供事業に係る医療機関への依頼事項

●●市は、特定健康診査（以下「特定健診」という。）未受診者で、生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症など）にて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などの結果を提供していただく事業を行っております。

つきましては、患者様から申し出がありましたら、下記の取扱いをお願いいたします。

1. 患者様からの書類提出時の対応

患者様が、「治療中の方の検査結果データ提供票（市町村国保用）」（以下「情報提供票」という。）を提出（持参）された場合は、本人記入欄（おもて面の上段）に、自筆で署名されているかをご確認願います。その際に、特定健診の受診の有無と、マイナ保険証等にて資格確認をお願いいたします。特定健診受診済の場合や、資格情報に変更があった場合は●●市にお問い合わせください。

2. 情報提供票への記載及び確認

（1）医療機関記入欄（おもて面の中段～下段）への記載

①「問診等」欄

既往歴、他覚症状の有無にチェックし、有りの場合は病名等を裏面のコード表から選択し、記載してください。

コード表にない場合は、その他欄に、病名や症状を記載してください。

②「基本的な検査項目」欄

これまでの診療時（同一年度内）に測定された検査値を、記載してください。

不足の検査がある場合は、検査を実施のうえ、検査値を記載してください。

なお、不足検査を実施された場合でも、情報提供料は同一金額となります。

検査日は、不足検査が無い場合は情報提供票記入日を、また不足検査を実施された場合は検査日を記載してください。

医師の意見…「1」～「3」のいずれかにチェックしてください。

医療機関番号等…ゴム印、ワープロ等で作成されたシールでの記載で可とします。

（2）質問票（うら面）の記載確認

患者様ご本人による記入となっております。受診者氏名、回答欄の記入漏れのご確認をお願いします。

3. 書類提出（請求）

ご記入、ご確認いただいた「情報提供票」に、「特定健康診査情報提供料請求書」を添付し、毎月10日まで（診療報酬明細書と同時）に、岐阜県国民健康保険団体連合会（各地域医師会に提出いただいている場合は医師会）にご提出ください。

4. 留意事項

・当該事業につきましては、〇〇市と各地域医師会の契約に基づいて行われるため、各地域医師会に所属していない医療機関は別途契約が必要となるため、〇〇市へお問い合わせください。

・特定健診への切り替えや特定健診が終了している場合には、翌年の特定健診の受診勧奨をしていただければ幸いです。

お問い合わせ先

●●市役所 国保担当課

TEL

●●●-●●●-●●●●

1. 本人記入欄、質問票の記載について
被保険者様ご本人の記載もれがないかご確認ください。
2. 保険者記入欄の記載について
マイナ保険証等との不一致がないかご確認ください。
3. 医療機関記入欄の記載について

(1) 問診等

既往歴、他覚症状の有無をし、有の場合は下記のコード表をご参照のうえ、該当のコードを記入してください。疾患、症状に該当がない場合は、その他欄に記載してください。

①既往歴記載用コード

| 疾患 | コード |
|-------|-----|
| 糖尿病 | 0 1 |
| 高血圧症 | 0 2 |
| 脂質異常症 | 0 3 |
| 脳血管疾患 | 0 4 |
| 心疾患 | 0 5 |
| 不整脈等 | 0 6 |
| がん | 0 7 |
| 貧血 | 0 8 |
| 腎疾患 | 0 9 |
| 肝疾患 | 1 0 |
| うつ病等 | 1 1 |
| 消化器疾患 | 1 2 |

②他覚症状記載用コード

| 症状 | コード |
|-----|-----|
| 心雑音 | 0 1 |
| 不整脈 | 0 2 |
| 肺雑音 | 0 3 |
| 貧血 | 0 4 |
| 肥満 | 0 5 |
| 黄疸 | 0 6 |
| 手術痕 | 0 7 |

(2) 基本的な検査項目

- ①検査実施日については、不足検査があった場合はその実施した日を記載し、それ以外は当提供票の記載日を記入してください。
- ②尿検査の検査結果欄が未実施、あるいは測定不能で空欄の場合、3つの選択肢を設けましたので該当理由に「○」を付けてください。
尿検査以外で測定不能・検査未実施がある場合は、従前同様、その理由を記載いただく必要がございます。
※下記の検査については、空欄の場合も可となる場合があります。

・腹囲

BMIが20kg/m²未満の者は省略可、BMIが22kg/m²未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者は申告された値を記入してください。

- ・空腹時血糖とHbA1cはどちらか一方ですが、やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを実施しない場合は、食後（食事開始時から3.5時間未満）を除き随時血糖による血糖検査でも可とします。
- ・血中脂質検査①のLDLコレステロールについては、空腹時/随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合を除き、計算法（Friedewald式）も可とし、また、空腹時/随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はnon-HDLコレステロールでの記載も可とします。

『計算法』（単位mg/dl）

- ・LDLコレステロール（Friedewald式）=総コレステロール-HDLコレステロール-中性脂肪/5
- ・non-HDLコレステロール=総コレステロール-HDLコレステロール

- ③血中脂質検査②・血糖検査については、採血時間の区分に応じた検査結果のみ取り扱い可能となります。

(3) 追加検査項目

①心電図検査

所見の有無のどちらかに○で囲み、所見「有」の場合、下記のコード表をご参照いただき、コードで記入してください。該当がない場合は、その他欄に記載してください。

②眼底検査

実施した検査の分類に基づき、結果欄の該当の値を○で囲み、その他所見がある場合はその他欄に記載してください。（下記のコード表をご参照のうえ、コードで記入し、該当がない場合は、その他欄に記載してください。）

①心電図所見

| 所見 | コード |
|-----------|-----|
| ST低下 | 0 1 |
| 陰性T | 0 2 |
| ST上昇 | 0 3 |
| 異常Q波 | 0 4 |
| ST-T異常 | 0 5 |
| 洞性除脈 | 0 6 |
| 洞性頻脈 | 0 7 |
| 平低下 | 0 8 |
| 心房細動 | 0 9 |
| 房室ブロックⅠ度 | 1 0 |
| 不完全右脚ブロック | 1 1 |
| 完全右脚ブロック | 1 2 |

①心電図所見（つづき）

| | |
|---------|-----|
| 左脚ブロック | 1 3 |
| 上室性期外収縮 | 1 4 |
| 心室性期外収縮 | 1 5 |
| 左室肥大の疑い | 1 6 |

②眼底検査所見

| 所見 | コード |
|---------|-----|
| 高血圧所見 | 0 1 |
| 乳頭異常所見 | 0 2 |
| 動脈硬化性所見 | 0 3 |
| 白斑 | 0 4 |
| 出血 | 0 5 |

(4) 医師の意見

1～3のあてはまる箇所にをしてください。

(5) 医療機関名称等

医療機関所在地と医療機関名、医師名はゴム印、ワープロ等で作成のシールでも構いません。

4. 請求について

- ①検査結果の記載もれがある場合は、返戻となる可能性がありますので、記載もれにご注意ください。
- ②同一被保険者において、特定健診の請求と重複した場合は、特定健診における請求を優先しますので、返戻となる場合があります。特定健診の受診の有無をご確認ください。