

特定健康診査に係る治療中患者の診療情報提供票(令和7年度・秋田市)

太枠の中を全て記入してください。

被保険者証等番号		受診券整理番号				性 別	男 女		
フリガナ		生年月日 (年齢)	昭和						
名 前			年 月 日 ()						
受診者住所		(〒 -)							
既往歴		無 有 ()							
自覚症状		無 有 ()							
他覚症状		無 有 ()							
小数点以下は、第一位まで記入									
基本項目	検査項目		検査結果		検査項目		検査結果		
	身体計測	身長	cm		肝機能	AST(GOT)		IU/I	
		体重	kg			ALT(GPT)		IU/I	
		BMI	kg/m ²			γ-GTP(γ-GT)		IU/I	
		腹囲	cm		血糖	空腹時血糖		mg/dl	
	血圧	収縮期血圧	mmHg			い ず れ か	HbA1c (NGSP値)		%
		拡張期血圧	mmHg				随時血糖 (やむを得ない場合)		mg/dl
	血中脂質	中性脂肪	☐ 空腹時 ☐ 随時	mg/dl		尿	糖		1 - 2 ± 3 + 4 ++ 5 +++
			・採血時間 (食後:)				蛋白		1 - 2 ± 3 + 4 ++ 5 +++
		HDL	mg/dl		☐ 排尿障害等のため尿検査を実施できません				
		☐ LDL ☐ Non-HDL ※1	mg/dl						
	※1 中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合、Non-HDLコレステロールの測定でも可								
秋田県独自の追加健診項目 (検査を実施した場合に記入してください)					血清クレアチニン検査		mg/dl		
					eGFR算出		ml/min/1.73m ²		
					尿酸		mg/dl		
医師の判断		1 異常なし 2 治療中 3 経過観察 4 要注意 5 要検査 ()							
最初に行われた検査実施日 ※2		年 月 日		※2 最初に行われた検査実施日と、最後に実施された 医師の総合判断日までの間は、3か月以内					
医師の総合判断日 ※2		年 月 日							
令和 年 月 日									
医療機関所在地									
医療機関名 医師名									

【同意欄】

本情報を医療機関から私の医療保険者 へ情報提供することに同意します。	令和 年 月 日	
	氏 名	
	(自 筆)	

※ 診査結果が記された報告書が別途ある場合は、検査項目の記載を省略し裏面の「のりしろ」欄に貼り付けすることも可能です。