

令和3年度 新潟県健康づくりのための情報提供事業 情報提供票

【被保険者情報】

保険者名		保険者番号	
(フリガナ)		受診券整理番号	
氏名		被保険者証番号	
生年月日		住所	
性別			
年齢			

【医療機関記入欄】 ※太枠内は必須項目です。任意項目以外はすべてご記入ください。

項目		検査結果	注意事項	
基本項目	身体測定	身長	cm 小数点第1位まで	
		体重	kg 小数点第1位まで	
		BMI	kg/m ² 小数点第1位まで	
		腹囲	cm 小数点第1位まで	
	血圧	収縮期血圧	mmHg	
		拡張期血圧	mmHg	
	生化学検査	中性脂肪	mg/dl	
		HDLコレステロール	mg/dl	
		LDLコレステロール	mg/dl	どちらか一方でも可
		non-HDLコレステロール	mg/dl	
		AST(GOT)	U/I	
		ALT(GPT)	U/I	
		γ-GT(γ-GTP)	U/I	
	血糖 ※いずれか一つで可	空腹時血糖	mg/dl	
		HbA1C(NGSP値)	% 小数点第1位まで	
		随時血糖	mg/dl	食後3.5~10h未満
	尿検査	尿糖	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++	
		尿蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++	
		尿検査測定不能	<input type="checkbox"/> 理由 ()	
	任意項目	腎機能検査	血清クレアチニン	mg/dl
eGFR			mg/dl	
血清尿酸			mg/dl	
尿潜血			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++	
聞き取り	既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> 脂質 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 痛風腎 <input type="checkbox"/> 動脈閉塞 <input type="checkbox"/> 大動脈疾患 <input type="checkbox"/> 胃切 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 胸痛・冷汗 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 膝痛 <input type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	他覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ ()		
メタボ判定		<input type="checkbox"/> 基準該当 <input type="checkbox"/> 予備群該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 判定不能		
医師の判断		<input type="checkbox"/> 異常認めず <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 治療中		
医師氏名		医師の判断日		
医療機関番号		医療機関名		
確認事項		<input type="checkbox"/> 記載した検査結果は「医師の判断日」から遡り、3か月以内のものである。		

【本人記入欄】

本人同意欄（自筆）	
情報提供票を _____	市・町・村 に提供することに同意します。
氏名 _____	令和 年 月 日 _____
	電話番号 _____

※太枠内は必須項目ですので、必ずご記入ください。

項目	質問事項	該当する□に✓を記入してください。
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	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か月間も吸っている方	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、脳卒中（脳出血、脳閉塞等）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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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時間以上行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	食事をかんで食するときの状態はどれにあてはまりますか。	<input type="checkbox"/> かめる <input type="checkbox"/> かみにくい <input type="checkbox"/> かめない
14	人と比較して食べる速度が早いですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどれくらいですか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 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れくらいですか。 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）	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである（概ね6か月以内） <input type="checkbox"/> 近いうち（概ね1か月以内）に改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

（注意書き）

保険者名		保険者番号	
(フリガナ)		受診券整理番号	
氏名		被保険者証番号	
生年月日		住所	
性別			
年齢			

本人同意欄（自筆）

情報提供票を _____ 市・町・村 に提供することに同意します。

令和 年 月 日

氏名

電話番号