

健診結果提出確認書

記載日:令和 年 月 日

仙台市

氏名	
生年月日	昭和 年 月 日
住所	区
電話番号	

※確認のご連絡をさせていただく事がありますので、日中つながる番号をご記入ください。

健診結果提出にあたり、下記についてご確認いただき、ご記入をお願いいたします。

1.提出する健診結果

確認事項			確認欄 (✓を記入)
受診年度	令和 () 年度	受診日は国保に加入している期間です	
健診の種類 (○で囲む)	人間ドック 会社の健診 その他 ()		

2.健診項目 (特定健診の必須項目になります。✓がつかない項目がある場合は、提出できません。)

項目		確認欄 (✓を記入)	項目		確認欄 (✓を記入)
身体計測	身長	自己申告不可	肝機能検査	GOT (AST)	
	体重			GPT (ALT)	
	腹囲 (自己測定の場合、確認欄に記入)			γ-GTP (γ-GT)	
血压	収縮期血压	自己申告不可	血糖検査	ヘモグロビン A1c (HbA1c) または空腹時 (随時) 血糖	
	拡張期血压			尿糖	
血中脂質検査	中性脂肪 (トリグリセリド・TG)		尿検査	尿蛋白 (タンパク)	
	HDL-コレステロール			検査機関	検査機関 (病院名等)
	LDL-コレステロールまたは Non-HDL-コレステロール		医師名		

3.問診項目 (健診結果に記載がない場合は、ご記入をお願いします。)

服薬	血压を下げる薬を飲んでいるか	はい いいえ	既往歴	なし あり (病名)
	インスリン注射をしているかまたは 血糖を下げる薬を飲んでいるか	はい いいえ	自覚症状	なし あり (特記事項:)
	コレステロールまたは中性脂肪を 下げる薬を飲んでいるか	はい いいえ	他覚症状	なし あり (特記事項:)
喫煙	現在、たばこを習慣的に吸っているか ※現在、「習慣的に喫煙している者」とは、条件1、2を両方満たす者 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、又は合計100本以上吸っている			・ はい ・ 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない ・ いいえ
採血	採血時間 (食後)	・ 10 時間以上 (空腹時) ・ 3.5 時間以上 10 時間未満 ・ 3.5 時間未満		

※確認欄に✓がつかない項目がある場合、不足する項目があるため、特定健診の結果として登録できません。よろしければ、特定健診を受診していただくようお願いいたします。

<個人情報の取り扱いについて>

ご提出いただいた個人情報は、仙台市において保存し、必要に応じ、特定健診、受診勧奨、特定保健指導、区役所家庭健康課・総合支所保健福祉課で実施する健康教室等の案内、基礎健診の結果通知書への記載、または個人を特定できない統計資料として使用されることがありますが、目的外に使用されることはありません。健診結果は、特定健診等データ管理システムに登録され、オンライン資格確認等システムに連携されてマイナポータル上で閲覧できるほか、本人の同意がある場合には、オンライン資格確認等システムに連携されている医療機関で閲覧されます。また、他市町村国保や健康保険、後期高齢者広域連合へ異動された際には、異動先の保険者へ提供されますので、ご了承の上、ご提出願います。