本人提出用

健診結果提供書（みなし健診）

岩国市長　様

　私は、健診（検査）結果を岩国市に提出し、特定健診の結果として保健指導等に活用されることについて同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 |  | | |
| 電話番号 |  | 健診年月日 | 年　　月　　日 |

※健診（検査）項目のうち特定健診の必須項目が不足している場合は、特定健診を受診したとみなされないため、みなし健診に該当しません。

※ご提供いただきました健診（検査）結果は、今後の保健事業に活用し、必要に応じて特定保健指導のご案内をさせていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 職員記入欄 | |
| * 被保険者記号・番号　（　山８・　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| * ４０歳以上 | * 健診結果のコピー |
| * 受診券　（無い場合：　□　紛失　　□　その他　　　　　　　　　　　　） | |
| * 質問票（なければその場で記入） | |
| * 受診医療機関　（ 　　　　　　　　　　　　　 ） | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健診（検査）項目確認欄  （健診結果のコピー参照、結果があれば☑　不足項目あれば受付不可） | | | | |
| □身長 | □体重 | □腹囲 | □BMI | □血圧 |
| □中性脂肪 | □HDL | □LDL | □GOT | □GPT |
| □γ-GTP | □空腹時血糖※ | □HｂA1c※ | □尿糖 | □尿蛋白 |
| □診察 | □医師名 |

**※「空腹時血糖」と「ＨｂA1ｃ」はどちらの項目の実施でも可**