

令和6年度健康づくりのための情報提供事業実施要綱の制定について（令和6年4月10日国福第75号）新旧対照表

※下線付き網掛け部分が修正箇所

修正後	修正前
<p data-bbox="293 371 994 400">令和6年度健康づくりのための情報提供事業 実施要綱</p> <p data-bbox="208 467 461 496">第1条～第6条 略</p> <p data-bbox="226 563 696 592">（医療機関における診療情報等の記入）</p> <p data-bbox="208 612 293 641">第7条</p> <p data-bbox="215 662 1077 738">2 前項の必要事項の記入にあたっては、以下の（ア）～（オ）について留意すること。</p> <p data-bbox="226 759 1111 836">（ア）<u>被保険者証等</u>にて、保険者の医療保険有資格者であることを確認すること。</p> <p data-bbox="226 857 461 885">（イ）～（オ） 略</p> <p data-bbox="208 952 472 981">第8条～第12条 略</p>	<p data-bbox="1249 371 1951 400">令和6年度健康づくりのための情報提供事業 実施要綱</p> <p data-bbox="1167 467 1420 496">第1条～第6条 略</p> <p data-bbox="1184 563 1655 592">（医療機関における診療情報等の記入）</p> <p data-bbox="1167 612 1252 641">第7条</p> <p data-bbox="1173 662 2036 738">2 前項の必要事項の記入にあたっては、以下の（ア）～（オ）について留意すること。</p> <p data-bbox="1184 759 2047 836">（ア）被保険者証にて、保険者の医療保険有資格者であることを確認すること。</p> <p data-bbox="1184 857 1420 885">（イ）～（オ） 略</p> <p data-bbox="1167 952 1431 981">第8条～第12条 略</p>

別紙

※下線付き網掛け部分が改正箇所

修正後	修正前																																																																																																																																																																																																																																																																																
<p>令和6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</p> <p>【被保険者情報】</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">保険者名 (フリガナ)</td> <td style="width:20%;">保険者番号</td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%;"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>受診券整理番号</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>被保険者証番号</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>住所</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年齢</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>【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。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目</th> <th colspan="4">検査結果</th> <th rowspan="2">注意事項</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">身体測定</td> <td>身長</td> <td></td> <td></td> <td>cm</td> <td>小数点第1位まで</td> </tr> <tr> <td>体重</td> <td></td> <td></td> <td>kg</td> <td>小数点第1位まで</td> </tr> <tr> <td>BMI</td> <td></td> <td></td> <td>kg/m<sup>2</sup></td> <td>小数点第1位まで</td> </tr> <tr> <td>腹囲</td> <td></td> <td></td> <td>cm</td> <td>小数点第1位まで</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">血圧</td> <td>収縮期血圧</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mmHg</td> <td></td> </tr> <tr> <td>拡張期血圧</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mmHg</td> <td></td> </tr> <tr> <td>採血時間(食後)</td> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 食後10h以上 <input type="checkbox"/> 食後3.5h以上10h未満 <input type="checkbox"/> 食後3.5h未満 ※2         </td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="7">生化学検査</td> <td>空腹時中性脂肪 (食後10h以上)</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mg/dl</td> <td>どちらか一方のみ ※2</td> </tr> <tr> <td>随時中性脂肪 (食後3.5h未満、食後3.5h以上10h未満)</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HDLコレステロール</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LDLコレステロール</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non-HDLコレステロール</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mg/dl</td> <td>どちらか一方でも可</td> </tr> <tr> <td>AST(GOT)</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>U/l</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALT(GPT)</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>U/l</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">血糖</td> <td>γ-GT(γ-GTP)</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>U/l</td> <td></td> </tr> <tr> <td>空腹時血糖 (食後10h以上)</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HbA1C(NGSP値)</td> <td></td> <td></td> <td>%</td> <td>いずれかの項目でも可 ※2</td> </tr> <tr> <td>随時血糖 (食後3.5h以上10h未満)</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">尿検査</td> <td>尿糖</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿蛋白</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="11">測定不可能・検査未実施の理由 <input type="checkbox"/> 生体中 <input type="checkbox"/> 腎疾患等の基礎疾患があるため採血困難を有する <input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">任意項目 腎機能検査</td> <td>血清クレアチン</td> <td></td> <td></td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>eGFR</td> <td></td> <td></td> <td>ml/分/1.73m<sup>2</sup></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清尿酸</td> <td></td> <td></td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿潜血</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>既往歴</td> <td colspan="10"> <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 ( )         </td> </tr> <tr> <td>自覚症状</td> <td colspan="10"> <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 ( )         </td> </tr> <tr> <td>他覚症状</td> <td colspan="10"><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ ( )</td> </tr> <tr> <td>メタボ判定</td> <td colspan="10"><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</td> </tr> <tr> <td>医師の判断</td> <td colspan="10"><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</td> </tr> <tr> <td>医師氏名</td> <td colspan="4"></td> <td>医師の判断日</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>医療機関番号</td> <td colspan="4"></td> <td>医療機関名</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>確認事項</td> <td colspan="10"><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。</td> </tr> </tbody> </table>	保険者名 (フリガナ)	保険者番号			氏名	受診券整理番号			生年月日	被保険者証番号			性別	住所			年齢				項目	検査結果				注意事項	1	2	3	4	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 <sup>2</sup>	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		採血時間(食後)	<input type="checkbox"/> 食後10h以上 <input type="checkbox"/> 食後3.5h以上10h未満 <input type="checkbox"/> 食後3.5h未満 ※2					生化学検査	空腹時中性脂肪 (食後10h以上)			mg/dl	どちらか一方のみ ※2	随時中性脂肪 (食後3.5h未満、食後3.5h以上10h未満)			mg/dl		HDLコレステロール			mg/dl		LDLコレステロール			mg/dl		Non-HDLコレステロール			mg/dl	どちらか一方でも可	AST(GOT)			U/l		ALT(GPT)			U/l		血糖	γ-GT(γ-GTP)			U/l		空腹時血糖 (食後10h以上)			mg/dl		HbA1C(NGSP値)			%	いずれかの項目でも可 ※2	随時血糖 (食後3.5h以上10h未満)			mg/dl		尿検査	尿糖	<input type="checkbox"/>		尿蛋白	<input type="checkbox"/>		測定不可能・検査未実施の理由 <input type="checkbox"/> 生体中 <input type="checkbox"/> 腎疾患等の基礎疾患があるため採血困難を有する <input type="checkbox"/> その他											任意項目 腎機能検査	血清クレアチン			mg/dl		eGFR			ml/分/1.73m <sup>2</sup>		血清尿酸			mg/dl		尿潜血	<input type="checkbox"/>		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。										<p>表面</p>																						
保険者名 (フリガナ)	保険者番号																																																																																																																																																																																																																																																																																
氏名	受診券整理番号																																																																																																																																																																																																																																																																																
生年月日	被保険者証番号																																																																																																																																																																																																																																																																																
性別	住所																																																																																																																																																																																																																																																																																
年齢																																																																																																																																																																																																																																																																																	
項目	検査結果				注意事項																																																																																																																																																																																																																																																																												
	1	2	3	4																																																																																																																																																																																																																																																																													
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 <sup>2</sup>	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																																																																																																																																																																																																																																																																													
採血時間(食後)	<input type="checkbox"/> 食後10h以上 <input type="checkbox"/> 食後3.5h以上10h未満 <input type="checkbox"/> 食後3.5h未満 ※2																																																																																																																																																																																																																																																																																
生化学検査	空腹時中性脂肪 (食後10h以上)			mg/dl	どちらか一方のみ ※2																																																																																																																																																																																																																																																																												
	随時中性脂肪 (食後3.5h未満、食後3.5h以上10h未満)			mg/dl																																																																																																																																																																																																																																																																													
	HDLコレステロール			mg/dl																																																																																																																																																																																																																																																																													
	LDLコレステロール			mg/dl																																																																																																																																																																																																																																																																													
	Non-HDLコレステロール			mg/dl	どちらか一方でも可																																																																																																																																																																																																																																																																												
	AST(GOT)			U/l																																																																																																																																																																																																																																																																													
	ALT(GPT)			U/l																																																																																																																																																																																																																																																																													
血糖	γ-GT(γ-GTP)			U/l																																																																																																																																																																																																																																																																													
	空腹時血糖 (食後10h以上)			mg/dl																																																																																																																																																																																																																																																																													
	HbA1C(NGSP値)			%	いずれかの項目でも可 ※2																																																																																																																																																																																																																																																																												
	随時血糖 (食後3.5h以上10h未満)			mg/dl																																																																																																																																																																																																																																																																													
尿検査	尿糖	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																															
	尿蛋白	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																															
測定不可能・検査未実施の理由 <input type="checkbox"/> 生体中 <input type="checkbox"/> 腎疾患等の基礎疾患があるため採血困難を有する <input type="checkbox"/> その他																																																																																																																																																																																																																																																																																	
任意項目 腎機能検査	血清クレアチン			mg/dl																																																																																																																																																																																																																																																																													
	eGFR			ml/分/1.73m <sup>2</sup>																																																																																																																																																																																																																																																																													
	血清尿酸			mg/dl																																																																																																																																																																																																																																																																													
	尿潜血	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																															
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。																																																																																																																																																																																																																																																																																
<p>令和6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</p> <p>【被保険者情報】</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">保険者名 (フリガナ)</td> <td style="width:20%;">保険者番号</td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%;"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>受診券整理番号</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>被保険者証番号</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>住所</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年齢</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>【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。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目</th> <th colspan="4">検査結果</th> <th rowspan="2">注意事項</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">身体測定</td> <td>身長</td> <td></td> <td></td> <td>cm</td> <td>小数点第1位まで</td> </tr> <tr> <td>体重</td> <td></td> <td></td> <td>kg</td> <td>小数点第1位まで</td> </tr> <tr> <td>BMI</td> <td></td> <td></td> <td>kg/m<sup>2</sup></td> <td>小数点第1位まで</td> </tr> <tr> <td>腹囲</td> <td></td> <td></td> <td>cm</td> <td>小数点第1位まで</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">血圧</td> <td>収縮期血圧</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mmHg</td> <td></td> </tr> <tr> <td>拡張期血圧</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mmHg</td> <td></td> </tr> <tr> <td>採血時間(食後)</td> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 食後10h以上 <input type="checkbox"/> 食後3.5h以上10h未満 <input type="checkbox"/> 食後3.5h未満 ※2         </td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="7">生化学検査</td> <td>空腹時中性脂肪 (食後10h以上)</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mg/dl</td> <td>どちらか一方のみ ※2</td> </tr> <tr> <td>随時中性脂肪 (食後3.5h未満、食後3.5h以上10h未満)</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HDLコレステロール</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LDLコレステロール</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>non-HDLコレステロール</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mg/dl</td> <td>どちらか一方でも可</td> </tr> <tr> <td>AST(GOT)</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>U/I</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALT(GPT)</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>U/I</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">血糖</td> <td>γ-GT(γ-GTP)</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>U/I</td> <td></td> </tr> <tr> <td>空腹時血糖 (食後10h以上)</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HbA1C(NGSP値)</td> <td></td> <td></td> <td>%</td> <td>小数点第1位まで 食後3.5~10h未満</td> </tr> <tr> <td>随時血糖 (食後3.5h以上10h未満)</td> <td style="background-color: black;"></td> <td style="background-color: black;"></td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">尿検査</td> <td>尿糖</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿蛋白</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="11">尿検査測定不能 <input type="checkbox"/> 理由 ( )</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">任意項目 腎機能検査</td> <td>血清クレアチン</td> <td></td> <td></td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>eGFR</td> <td></td> <td></td> <td>ml/分/1.73m<sup>2</sup></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清尿酸</td> <td></td> <td></td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿潜血</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>既往歴</td> <td colspan="10"> <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 ( )         </td> </tr> <tr> <td>自覚症状</td> <td colspan="10"> <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 ( )         </td> </tr> <tr> <td>他覚症状</td> <td colspan="10"><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ ( )</td> </tr> <tr> <td>メタボ判定</td> <td colspan="10"><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</td> </tr> <tr> <td>医師の判断</td> <td colspan="10"><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</td> </tr> <tr> <td>医師氏名</td> <td colspan="4"></td> <td>医師の判断日</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>医療機関番号</td> <td colspan="4"></td> <td>医療機関名</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>確認事項</td> <td colspan="10"><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。</td> </tr> </tbody> </table>	保険者名 (フリガナ)	保険者番号			氏名	受診券整理番号			生年月日	被保険者証番号			性別	住所			年齢				項目	検査結果				注意事項	1	2	3	4	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 <sup>2</sup>	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		採血時間(食後)	<input type="checkbox"/> 食後10h以上 <input type="checkbox"/> 食後3.5h以上10h未満 <input type="checkbox"/> 食後3.5h未満 ※2					生化学検査	空腹時中性脂肪 (食後10h以上)			mg/dl	どちらか一方のみ ※2	随時中性脂肪 (食後3.5h未満、食後3.5h以上10h未満)			mg/dl		HDLコレステロール			mg/dl		LDLコレステロール			mg/dl		non-HDLコレステロール			mg/dl	どちらか一方でも可	AST(GOT)			U/I		ALT(GPT)			U/I		血糖	γ-GT(γ-GTP)			U/I		空腹時血糖 (食後10h以上)			mg/dl		HbA1C(NGSP値)			%	小数点第1位まで 食後3.5~10h未満	随時血糖 (食後3.5h以上10h未満)			mg/dl		尿検査	尿糖	<input type="checkbox"/>		尿蛋白	<input type="checkbox"/>		尿検査測定不能 <input type="checkbox"/> 理由 ( )											任意項目 腎機能検査	血清クレアチン			mg/dl		eGFR			ml/分/1.73m <sup>2</sup>		血清尿酸			mg/dl		尿潜血	<input type="checkbox"/>		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。										<p>表面</p>																						
保険者名 (フリガナ)	保険者番号																																																																																																																																																																																																																																																																																
氏名	受診券整理番号																																																																																																																																																																																																																																																																																
生年月日	被保険者証番号																																																																																																																																																																																																																																																																																
性別	住所																																																																																																																																																																																																																																																																																
年齢																																																																																																																																																																																																																																																																																	
項目	検査結果				注意事項																																																																																																																																																																																																																																																																												
	1	2	3	4																																																																																																																																																																																																																																																																													
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 <sup>2</sup>	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																																																																																																																																																																																																																																																																													
採血時間(食後)	<input type="checkbox"/> 食後10h以上 <input type="checkbox"/> 食後3.5h以上10h未満 <input type="checkbox"/> 食後3.5h未満 ※2																																																																																																																																																																																																																																																																																
生化学検査	空腹時中性脂肪 (食後10h以上)			mg/dl	どちらか一方のみ ※2																																																																																																																																																																																																																																																																												
	随時中性脂肪 (食後3.5h未満、食後3.5h以上10h未満)			mg/dl																																																																																																																																																																																																																																																																													
	HDLコレステロール			mg/dl																																																																																																																																																																																																																																																																													
	LDLコレステロール			mg/dl																																																																																																																																																																																																																																																																													
	non-HDLコレステロール			mg/dl	どちらか一方でも可																																																																																																																																																																																																																																																																												
	AST(GOT)			U/I																																																																																																																																																																																																																																																																													
	ALT(GPT)			U/I																																																																																																																																																																																																																																																																													
血糖	γ-GT(γ-GTP)			U/I																																																																																																																																																																																																																																																																													
	空腹時血糖 (食後10h以上)			mg/dl																																																																																																																																																																																																																																																																													
	HbA1C(NGSP値)			%	小数点第1位まで 食後3.5~10h未満																																																																																																																																																																																																																																																																												
	随時血糖 (食後3.5h以上10h未満)			mg/dl																																																																																																																																																																																																																																																																													
尿検査	尿糖	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																															
	尿蛋白	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																															
尿検査測定不能 <input type="checkbox"/> 理由 ( )																																																																																																																																																																																																																																																																																	
任意項目 腎機能検査	血清クレアチン			mg/dl																																																																																																																																																																																																																																																																													
	eGFR			ml/分/1.73m <sup>2</sup>																																																																																																																																																																																																																																																																													
	血清尿酸			mg/dl																																																																																																																																																																																																																																																																													
尿潜血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																								
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。																																																																																																																																																																																																																																																																																

別紙

※下線付き網掛け部分が改正箇所

修正後	修正前
裏面	裏面
<p>【本人記入欄】</p> <p>本人同意欄（自筆）</p> <p>情報提供票を _____ 市・町・村 に提供することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日</p> <p>氏名 _____ 電話番号 _____</p> <p style="font-size: small;">※本枠内は必須項目ですので、必ずご記入ください。</p>	<p>【本人記入欄】</p> <p>本人同意欄（自筆）</p> <p>情報提供票を _____ 市・町・村 に提供することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日</p> <p>氏名 _____ 電話番号 _____</p> <p style="font-size: small;">※本枠内は必須項目ですので、必ずご記入ください。</p>
※本枠内は必須項目ですので、必ずご記入ください。	※本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。	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	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	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	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。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 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） <input type="checkbox"/> はい（条件1と条件2を両方満たす） <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ（上記の2つ以外）	4 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。） 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） <input type="checkbox"/> はい（条件1と条件2を両方満たす） <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ（上記の2つ以外）
5 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）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	5 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）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
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	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	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	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	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分以上の軽く汗をかく運動を週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	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	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	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 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。 <input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない	13 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。 <input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
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	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	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"/> ほとんど摂取しない	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	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）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者） <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない）	18 お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者） <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない）
19 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安：ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml） <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"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上	19 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安：ビール（同5度・500ml）、焼酎25度（同25度・約110ml）、ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml） <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"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5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	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）	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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	22 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ