

令和7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。

※ 2「新潟県健康づくりのための情報提供事業事務処理マニュアル」を参照ください

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			
	採血時間(食後)	☐ 食後10h以上 ☐ 食後3.5h以上10h未満 ☐ 食後3.5h未満							※ 2		
	生化学検査	空腹時中性脂肪 (食後10 h 以上)						mg/dl	どちらか一方のみ		
		随時中性脂肪 (食後3.5h未満、食後3.5 h 以上10 h 未満)						mg/dl	※ 2		
		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/l			
		ALT(GPT)						U/l			
		γ-GT(γ-GTP)						U/l			
	血糖	空腹時血糖 (食後10 h 以上)						mg/dl	いずれかの項目で可 ※ 2		
		HbA1C(NGSP値)				.		%			
		随時血糖 (食後3.5 h 以上10 h 未満)						mg/dl			
	尿検査	尿糖	☐ － ☐ ± ☐ ＋ ☐ ++ ☐ +++								
		尿蛋白	☐ － ☐ ± ☐ ＋ ☐ ++ ☐ +++								
測定不可能・検査未実施の理由		☐ 生理中 ☐ 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する ☐ その他									
任意項目	腎機能検査	血清クレアチニン						mg/dl			
		eGFR						ml/分/1.73m ²			
		血清尿酸						mg/dl			
		尿潜血	☐ － ☐ ± ☐ ＋ ☐ ++ ☐ +++								
既往歴		☐ なし ☐ 血圧 ☐ 血糖 ☐ 脂質 ☐ 高尿酸血症 ☐ 肝機能障害 ☐ 痛風腎 ☐ 動脈閉塞 ☐ 大動脈疾患 ☐ 胃切 ☐ その他（ ）									
自覚症状		☐ なし ☐ 不整脈 ☐ めまい ☐ 胸痛・冷汗 ☐ 呼吸困難 ☐ 動悸・息切れ ☐ 腰痛 ☐ 膝痛 ☐ 手足のしびれ ☐ その他（ ）									
他覚症状		☐ なし ☐ あり⇒（ ）									
メタボ判定		☐ 基準該当 ☐ 予備群該当 ☐ 非該当 ☐ 判定不能									
医師の判断		☐ 異常認めず ☐ 要観察 ☐ 要医療 ☐ 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		☐ 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。									