

第2号様式（第5条関係）

特定健康診査内容確認票

年 月 日

1 特定健康診査受診者

被保険者証記号番号						
フリガナ						
氏名						
生年月日			年			月 日

2 特定健康診査実施日

年 月 日

3 実施医療機関

所在地 _____

名称 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

4 特定健康診査情報

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令157号）第1条第1項に基づいて実施した項目（必須項目）、日進市が独自に設定している項目（市独自項目）及び詳細項目のうち実施した項目の実施欄にレ印を付記し、受診者への請求額を併せてご記入ください。また、詳細項目を実施した場合は、併せて実施理由の□にレ印を付記してください。

【必須項目及び市独自項目】

項目	実施	金額
既往歴の調査 (服薬、喫煙習慣調査を含む。)		円
自覚症状及び他覚症状の有無の検査		
身長、体重及び腹囲の検査		
BMIの測定		
血圧の測定		
肝機能検査 (GOT、GPT、 γ -GTP)		
血中脂質検査(中性脂肪、HDL、LDL)		
血糖検査 (空腹時血糖又はHbA1c)		
尿検査 (尿糖、尿蛋白、 <u>尿潜血</u>)		
<u>腎機能検査</u> (血清クレアチニン(eGFRを含む。))		

尿検査未実施理由： _____

【詳細項目】

項目	実施	金額	実施理由
心電図検査		円	<input type="checkbox"/> 健診当日の血圧測定値等が基準に該当していたため <input type="checkbox"/> 問診等で不整脈が疑われるため <input type="checkbox"/> その他()
貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)		円	<input type="checkbox"/> 既往歴があるため <input type="checkbox"/> 視診で貧血を疑ったため <input type="checkbox"/> その他()
眼底検査		円	<input type="checkbox"/> 健診当日の血圧測定値等が基準に該当していたため <input type="checkbox"/> 前年度結果が基準に該当していたため(HbA1c6.5%以上) <input type="checkbox"/> その他()

