

健 診 結 果 提 供 書（ み な し 健 診 ）

紀 北 町 長 様

令和 年 月 日

私は、紀北町に健康診断結果等を提供するにあたり、以下のことに同意します。

- 1 健診（検査）結果を特定健診の健診結果とし、保健事業等に使用すること。
- 2 特定保健指導等の対象となった場合に連絡（書面の通知を含む）が行く場合があること。
- 3 必要事項が不足している場合、特定健診を受診したとみなされないため、プレゼントの対象とならないこと。

※太枠内を記入してください。

氏 名		生年月日	年	月	日
住 所	紀北町	被保険者番号			
電話番号		検査年月日	令和	年	月 日
医療機関名		医師の名前			
提出者〔本人以外〕		続柄	配偶者・子・父母・祖父母・孫・その他（ ）		

職員記入欄

※健診結果のコピーと下記項目をチェックし、不足項目があれば受付できません。

肥満度			血圧	血糖（いずれかで可）		脂質（LDLか総コレはいずれかで可）			
腹囲	身長	体重	血圧	空腹時	HbA1c	中性脂肪	HDL	LDL	総コレステロール

肝機能			尿		診断した医師の氏名
AST (GOT)	ALT (GPT)	γ - GT (γ GTP)	尿たんぱく	尿糖	記入されているか

受付者	国保資格	40歳以上	特定健診受診の有無	承認・不承認の別
	有 無		有 無	承認 不承認

*職員のチェックが終わったら、別紙「質問票」への記載を依頼してください。
答えられない場合は受付できません。