

事務連絡
平成20年 6月 3日



各 医 師 会 御中

福岡県医師会

「特定健康診査受診結果」の訂正について（お願い）

平成20年5月30日付け福岡医発第522号（地）にて各登録医療機関長宛にご通知しておりました「市町村国民健康保険特定健康診査実施要領等の送付について」の添付資料「特定健康診査受診結果」と「特定健康診査受診結果（記入例）」に下記のとおり誤りがありました。

つきましては、業務ご多忙の中恐縮に存じますが、貴会の登録医療機関にお知らせくださいますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

なお、本会ホームページに訂正した「特定健康診査受診結果」と「特定健康診査受診結果（記入例）」を掲載しておりますので、会員から申し出があった場合は印刷してお渡してください。

記

正	誤
空腹時血糖 $\geq 110\text{mg/dl}$ ヘモグロビンA1c $\geq 5.5\%$	空腹時血糖 $\geq 100\text{mg/dl}$ ヘモグロビンA1c $\geq 5.2\%$

小郡三井医師会より

特定健診担当理事 名取一幸
特定健診副担当理事 廣瀬真恵
会長 丸山 泉

福岡県医発第522号(地)
平成20年 5月30日

各登録医療機関長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義武
(公印省略)

市町村国民健康保険特定健康診査実施要領等の送付について

時下 貴職益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

この度は、各医師会を通じて市町村国保の特定健康診査の実施医療機関としてご登録いただきましてありがとうございます。

標記特定健康診査に係る実施要領等を送付いたしますので、実施要領に沿って特定健診を実施していただきますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 特定健診単価は、「健診等内容表(別添1)」のとおりです。
- 2) 「特定健康診査受診結果」、「健康診査の結果の見方」につきましては、本会ホームページよりダウンロードすることができます。
- 3) 今後、政管健保・健保組合・共済組合、医師国保及び歯科医師国保との特定健診・特定保健指導の集合契約、福岡県後期高齢者医療広域連合との健康診査の委託契約を締結する予定でありますので、決まり次第お知らせするとともに、標記実施要領についても、逐次変更の上、お知らせいたします。
- 4) 特定健診の実施につきまして、何かご不明な点等ありましたら、福岡県医師会地域医療課(Tel 092-431-4564)へお問合せ願います。

特定健康診査受診結果

健診機関名 _____
〒 _____
住 所 _____
TEL _____

カナ氏名	生年月日	昭和 年 月 日	健診年月日	年 月 日
	性別/年齢	歳	特定健康診査 受診券番号	
既往歴				
服薬歴	喫煙歴		飲 酒	
自覚症状				
他覚症状				

項 目			基準値	今回受診 年 月 日	前回受診 年 月 日	前々回受診 年 月 日
身体計測	身長	(cm)				
	体重	(kg)				
	腹 囲	(cm)				
	BMI		～24.9			
血 圧	収縮期血圧	(mmHg)	～129			
	拡張期血圧	(mmHg)	～84			
血中脂質 検査	中性脂肪	(mg/dl)	～149			
	HDL-コレステロール	(mg/dl)	40～			
	LDL-コレステロール	(mg/dl)	～119			
肝機能 検査	GOT	(U/l)	～30			
	GPT	(U/l)	～30			
	γ-GTP	(U/l)	～50			
血糖検査	空腹時血糖 (※は食後10時間未満)	(mg/dl)	～99			
	ヘモグロビンA1c	(%)	～5.1			
尿 検 査	糖		(－)			
	蛋 白		(－)			
貧血検査	赤血球数	(万/mm ³)	男 410～530 女 380～480			
	血色素量	(g/dl)	男 14.0～18.0 女 12.0～16.0			
	ヘマトクリット値	(%)	男 39.0～52.0 女 35.0～48.0			

項 目		今回受診 年 月 日	前回受診 年 月 日	前々回受診 年 月 日
心電図検査	所見			
眼底検査	所見			
メタボリック シンドローム判定				

メタボリックシンドローム判定による基準該当と予備群該当

基準 該 当	予 備 群 該 当
↓	↓
腹 囲 男性 ≥ 85cm 女性 ≥ 90cm	
+	+
以下のうち2項目以上に該当	以下のうち1項目が該当
脂 肪 中性脂肪 ≥ 150 mg/dl かつ/または HDLコレステロール < 40 mg/dl かつ/または 服薬中の方	
血 圧 収縮期血圧 ≥ 130 mmHg かつ/または 拡張期血圧 ≥ 85 mmHg かつ/または 服薬中の方	
糖代謝 空腹時血糖 ≥ 100 mg/dl (ヘモグロビンA1cの場合 ≥ 6.2%) かつ/または 服薬中の方	

検査分野別判定	110 5.5
---------	---------

医師の判断	
診断した医師の氏名	

非特定健診
尿 潜 血 基準値 (－)
血清クレアチニン (mg/dl) 基準値 男 0.7～1.19
女 0.5～0.9
血 清 尿 酸 (mg/dl) 基準値 ～6.9

記入例

特定健康診査受診結果

〇〇〇〇〇〇病院
123-4567
福岡市博多区〇〇〇-〇-〇
TEL 999-999-9999

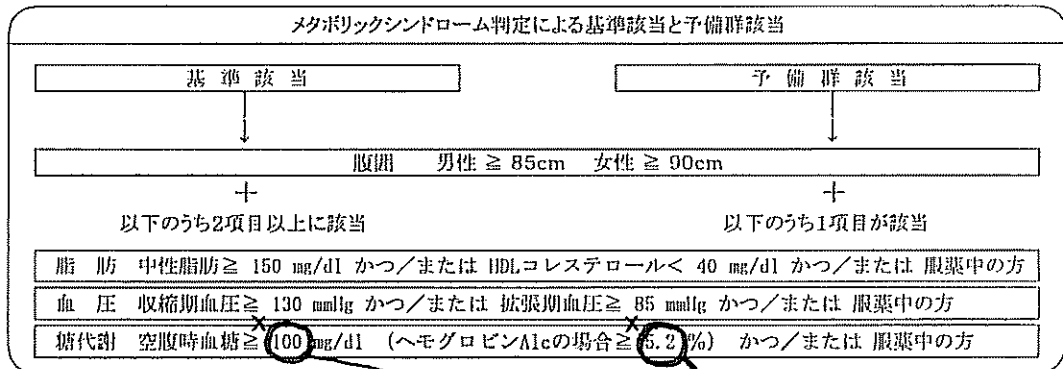
氏名	ケンコウジョウジ	生年月日	昭和34年12月24日	健診年月日	2008年4月1日
		性別/年齢	男 40 歳	特定健康診査受診券番号	00112345678

既往歴	脳血管について既往歴あり 心疾患について既往歴あり 腎不全・人工透析について既往歴あり 貧血について既往歴あり 不整脈 骨粗鬆症 胃・十二指腸潰瘍
服薬歴	血圧 血糖 脂質 喫煙歴 あり 飲酒 ほとんど飲まない
自覚症状	頭痛・耳鳴り 下痢と便秘 手足のしびれ感
他覚症状	肝臓肥大(+) 不整脈あり 心音不純

項目		基準値	今回受診 2008年4月1日	前回受診	前々回受診
身体計測	身長 (cm)		170.2		
	体重 (kg)		82.6		
	腹囲 (cm)		87.1		
	BMI	~24.9	H 28.5		
血圧	収縮期血圧 (mmHg)	~129	122		
	拡張期血圧 (mmHg)	~84	65		
血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dl)	~149	H 165		
	HDL-コレステロール (mg/dl)	40~	65		
	LDL-コレステロール (mg/dl)	~119	110		
肝機能検査	GOT (U/l)	~30	16		
	GPT (U/l)	~30	17		
	γ-GTP (U/l)	~50	15		
血糖検査	空腹時血糖 (mg/dl) (*は食後10時間未満)	~99	99		
	ヘモグロビンA1c (%)	~5.1	4.6		
尿検査	糖	(-)	(-)		
	蛋白	(-)	(-)		
貧血検査	赤血球数 (万/mm ³)	410~530	489		
	血色素量 (g/dl)	14.0~18.0	15.8		
	ヘマトクリット値 (%)	39.0~52.0	48.6		

項目		今回受診 2008年4月1日	前回受診	前々回受診
心電図検査	所見	軽度異常 軽度な左軸偏位 軽度なQT延長 確定できない不整脈		
眼底検査	所見	キースワグナー：0 シェイエス：0 シェイエH：0 糖尿病性網膜症：異常なし		

メタボリック シンドローム判定	基準該当		
--------------------	------	--	--



検査分野別判定	血圧は正常です。 脂質検査に異常が認められます。 (110) 肝機能検査は正常です。 血糖検査は正常です。 尿検査は正常です。
---------	--

医師の判断	今回健診の医師の総合判定は「要観察」です。 貧血検査：質問票の回答結果により実施 心電図検査：前年度結果、及び医師の診察により実施 眼底検査：前年度結果、及び医師の診察により実施
-------	---

診断した医師の氏名	〇〇 太郎
-----------	-------

非特定健診	非特定健診にて異常値となった検査があります。医師にご相談下さい。 尿潜血 (-) 血清クレアチニン (mg/dl) 0.8 基準値 0.7~1.19 血清尿酸 (mg/dl) H 8.5 基準値 ~6.9
-------	--