

特定健診を受けない方へ

下記の方は「特定健診検査項目の情報提供用紙」に必要事項をご記入のうえ
志木市健康政策課へ提出または郵送をお願いいたします（健診結果等をお持ちの方は
写しを添付してください）。

- 国民健康保険に加入している方で、勤務先等の健康診断を受けている方
- 定期的な通院などで検査を行っており、特定健診を受けていない方

健診結果の情報をご提供いただいた方には、粗品をプレゼントしています。

※令和8年4月1日から令和9年3月31日までの検査が対象となります。
※健診結果は、市において保管し、必要に応じて保健指導等に活用します。
また、データは匿名化され国への健診実施結果として報告されることをご了承のうえ、提出してください。



特定健診検査項目の情報提供用紙

検査項目、問診項目が同じ内容であれば、**健診結果の写しを添付していただくか**、この用紙に記入してください。

私は、志木市に健診結果を提供し、その結果をもって志木市特定健診の受診とみなすことに同意します。 **太枠内はすべてご記入ください。**

氏 名			性 別	男 ・ 女	生年月日	昭和	年	月	日
住 所	志木市				電話番号				
受診日	年 月 日		受診医療機関				医師名		
健診内容	1. 職場の健診（事業主健診） 2. 自己健診（国保以外の人間ドック等） 3. 通院中における定期的な検査 4. その他（ ）								
検査項目（ご自身で ☒ し記入をお願いします）					問診項目（ご自身で ☒ し記入をお願いします）				
身体計測	身 長				cm	既往歴		なし・あり（ ）	
	体 重				kg	自覚症状		なし・あり（ ）	
	BMI				kg/m ²	他覚症状		なし・あり（ ）	
	腹 囲				cm	服薬歴		血圧を下げる薬	なし・あり
血圧測定	収縮期（最大）血圧				mmHg			インスリン注射または 血糖を下げる薬	なし・あり
	拡張期（最小）血圧				mmHg			コレステロールを下げる薬	なし・あり
脂質検査	空腹時中性脂肪 または 随時中性脂肪				mg/dl mg/dl（食後 時間）	喫煙習慣		吸う ・ やめた ・ 吸わない	
	HDLコレステロール				mg/dl		判定		
	LDLコレステロール				mg/dl	【メタボリックシンドローム判定】 1. 基準該当 2. 予備群該当 3. 非該当			
	肝機能検査	AST (GOT)				U/l	【特定保健指導判定】 1. 積極的支援 2. 動機付け支援 3. 情報提供		
ALT (GPT)					U/l	医師の判断			
γ-GT (γ-GTP)					U/l	1. 異常なし 2. 軽度異常 3. 要再検査・生活改善 4. 要精密検査 内容			
血糖検査	空腹時血糖 または 随時血糖				mg/dl mg/dl（食後 時間）				
	ヘモグロビンA1c (NGSP)				%				
尿検査	尿 糖		-	±	+	++	+++		
	尿蛋白 (タンパク)		-	±	+	++	+++		

※以下の検査を実施した場合のみ記入してください。

貧血検査	ヘマトクリット値				%	腎機能	尿酸		mg/dl	
	血色素量 (ヘモグロビン)				g/dl		クレアチニン		mg/dl	
	赤血球数				× 10 ⁴ /μl		eGFR		ml/分/1.73 m ²	
脂質検査	non-HDL コレステロール				mg/dl	心電図検査				
眼底検査	(右) 1. 異常なし 2. 異常あり（ ）					所見なし				
	(左) 1. 異常なし 2. 異常あり（ ）					所見あり（ ）				