

記入例

情報提供票(市町国民健康保険)

Excel入力の場合、「入力欄」を入力することで提供票に自動表示設定

医療機関名	医療法人 山口国保医院	医療機関番号	35199999
氏名	国保 太郎	生年月日	昭和55年11月06日
保険者番号	00359999	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
被保険者番号	09999999	受診券整理番号	26199999
検査日	令和08年06月01日	医師の総合判断日	令和08年06月02日

項目 ※受診勧奨判定値		検査結果	
身体計測	身長	173.0 cm	Excel入力の場合、身長、体重から自動表示
	体重	63.0 kg	
	BMI	21.0 kg/m ²	
	腹囲	80.0 cm <input checked="" type="checkbox"/> 実測 <input type="checkbox"/> 判定 <input type="checkbox"/> 申告	
	(内臓脂肪面積)	cm ² ※内臓脂肪面積の検査をしている場合、腹囲の計測に代えられる	
診察	既往歴	<input checked="" type="checkbox"/> あり (前立腺肥大症) <input type="checkbox"/> なし	受診勧奨判定値に該当の場合、※部分が赤字表示
	自覚症状	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	他覚症状	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし	
血圧	収縮期血圧	136 mmHg	
	拡張期血圧	86 mmHg	
採血	採血時間(食後)	<input checked="" type="checkbox"/> 10時間以上 <input type="checkbox"/> 3.5時間以上10時間未満 <input type="checkbox"/> 3.5時間未満	
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	285 mg/dl	Excel入力の場合、採血時間に応じ「空腹時中性脂肪」、「随時中性脂肪」に表示切替
	HDL-コレステロール	22 mg/dl	
	LDL-コレステロール	120 mg/dl	
肝機能検査	(Non-HDLコレステロール)	mg/dl	
	AST(GOT)	10 U/l	
	ALT(GPT)	50 U/l	
腎機能検査	γ-GT(γ-GTP)	80 U/l	
	血清クレアチニン	0.67 mg/dl	
	eGFR	100.8 ml/min/1.73m ²	
血糖検査	空腹時血糖	110 mg/dl	Excel入力の場合、採血時間に応じ「空腹時血糖」、「随時血糖」に表示切替
	HbA1c(NGSP)	6.3 %	
尿検査	尿糖	<input checked="" type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+以上	
	尿蛋白	<input checked="" type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+以上	
医師の判断	医師の判断(判定)	<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 要精密検査	
	その他、所見等記入欄		
	尿検査未実施の理由	<input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する <input type="checkbox"/> その他	
	医師の氏名	山口花子	

- 太枠は必須項目となっており、記載のない場合は返戻となります。□は✓を記載してください。
- 検査日は、医師の総合判断日と同一の年度で、各検査を行った最初の日としてください。(総合判断日より3か月前まで)
- 排尿障害等で尿検査を実施できない場合、その理由を「尿検査未実施の理由」から選択してください。

2026年度 ※受診勧奨判定値の更新から年度表示			
入力欄			
※必須エラーは項目名が赤字表示となります。			
医療機関名	医療法人 山口国保医院	医療機関番号	3519999999
氏名	国保 太郎	生年月日	昭和55年11月06日
保険者番号	00359999	性別	1
被保険者番号	099999999	受診券整理番号	26199999999
検査日	令和08年06月01日	医師の総合判断日	令和08年06月02日
年度末年齢※	46	歳	※自動計算
身長	173.0	cm	
体重	63.0	kg	
BMI※	21.0	kg/m ²	※自動計算
腹囲	80.0	cm	測定方法 1
(内臓脂肪面積)	cm ²		
既往歴有無	1	既往歴	前立腺肥大症
自覚症状有無	2	自覚症状	
他覚症状有無	2	他覚症状	
収縮期血圧	136	mmHg	
拡張期血圧	86	mmHg	
採血時間(食後)	1		
空腹時中性脂肪	285	mg/dl	
HDL-コレステロール	22	mg/dl	
LDL-コレステロール	120	mg/dl	
(Non-HDLコレステロール)		mg/dl	
AST(GOT)	10	U/l	
ALT(GPT)	50	U/l	
γ-GT(γ-GTP)	80	U/l	
血清クレアチニン	0.67	mg/dl	
eGFR※	100.8	ml/min/1.73m ²	※自動計算
空腹時血糖	110	mg/dl	
HbA1c(NGSP)	6.3	%	
尿糖	1		
尿蛋白	1		
医師の判断(判定)	1		
その他、所見等記入欄			
尿検査未実施の理由			
医師の氏名	山口花子		
質問票		特定保健指導 階層化結果	情報提供

入力結果により特定保健指導の対象者の階層結果(積極的支援、動機付け支援、情報提供、判定不能)が表示される

エラーチェック内容	
※■必須エラー、●確認エラー	
確認エラーあり、要確認!	
医療機関名	医療機関番号
氏名	生年月日
保険者番号	性別
被保険者番号	受診券整理番号
検査日	医師の総合判断日
身長	
体重	
BMI※	
腹囲	測定方法
(内臓脂肪面積)	記載確認
既往歴有無	既往歴
自覚症状有無	自覚症状
他覚症状有無	他覚症状
収縮期血圧	
拡張期血圧	
採血時間(食後)	
空腹時中性脂肪	
HDL-コレステロール	
LDL-コレステロール	
(Non-HDLコレステロール)	
AST(GOT)	
ALT(GPT)	
γ-GT(γ-GTP)	
血清クレアチニン	
eGFR※	
空腹時血糖	
HbA1c(NGSP)	
尿糖	
尿蛋白	
医師の判断(判定)	記載確認
その他、所見等記入欄	
尿検査未実施の理由	
医師の氏名	
質問票(回答)	
質問票(電話)	