

| |
|---------|
| 医療機関コード |
| |

実施状況報告書

(特定健康診査・健康診査(生活保護受給者・保険切替者))

宇都宮市長 様

(医療機関) 所在地
 名称
 TEL
 医師名

20 年 月分の実施状況を下記のとおり報告いたします。

| ★特定健康診査 [実施人数] _____ 名 | ※特定健康診査受診者のうち、特定保健指導対象者 動機付け支援 (名) 積極的支援 (名) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------|-------|-------|------------|--------------|---|--------------|-----|----|----|--------------|----|---|----------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ★生活保護受給者のうち医療保険未加入者 | ※支払いに関係しますので、記入漏れ等がないようお願いいたします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr><td>実施人数</td><td></td><td>名</td></tr> <tr><td>(再掲) HbA1c</td><td></td><td>名</td></tr> <tr><td rowspan="4">詳細項目 (再掲)</td><td>心電図</td><td>名</td></tr> <tr><td>眼底</td><td>名</td></tr> <tr><td>貧血</td><td>名</td></tr> <tr><td>血清クレアチニン</td><td>名</td></tr> </table> | 実施人数 | | 名 | (再掲) HbA1c | | 名 | 詳細項目 (再掲) | 心電図 | 名 | 眼底 | 名 | 貧血 | 名 | 血清クレアチニン | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施人数 | | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (再掲) HbA1c | | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 詳細項目 (再掲) | 心電図 | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 眼底 | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 貧血 | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 血清クレアチニン | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ↓生活保護受給者の報告がある場合、ご記載ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">受診券番号</th> <th rowspan="2">氏名</th> <th rowspan="2">HbA1c</th> <th colspan="4">詳細</th> </tr> <tr> <th>心電図</th> <th>眼底</th> <th>貧血</th> <th>血清 クレアチニン</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | | 受診券番号 | 氏名 | HbA1c | 詳細 | | | | 心電図 | 眼底 | 貧血 | 血清 クレアチニン | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診券番号 | 氏名 | | | | HbA1c | 詳細 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 心電図 | 眼底 | 貧血 | | 血清 クレアチニン | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ★保険切替者 (年度の途中で 国保→社保, 社保→社保 に保険が切り替わった者で、市の発行した受診券利用者) ※支払いに関係しますので、記入漏れ等がないようお願いいたします。 | <table border="1"> <tr><td>実施人数</td><td></td><td>名</td></tr> <tr><td>費用免除者(再掲)</td><td></td><td>名</td></tr> <tr><td>HbA1c(再掲)</td><td></td><td>名</td></tr> </table> | 実施人数 | | 名 | 費用免除者(再掲) | | 名 | HbA1c(再掲) | | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施人数 | | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 費用免除者(再掲) | | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HbA1c(再掲) | | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>受診券番号</th> <th>免除</th> <th>氏名</th> <th>HbA1c</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | | 受診券番号 | 免除 | 氏名 | HbA1c | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診券番号 | 免除 | 氏名 | HbA1c | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

★慢性腎臓病 (CKD) 二次受診紹介状を発行した受診者がいる場合、受診者氏名等をご記載ください。

| 受診券番号 | 氏名 | 受診券番号 | 氏名 |
|-------|----|-------|----|
| | | | |
| | | | |