|  |
| --- |
| 医療機関コード |
|  |

（様式報第７号）

　　　　　　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**　　　 　　　　　※特定健康診査受診者のうち，特定保健指導対象者

[実施人数]　　　　　 **動機付け支援**　　　　（　　　名）

　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）

|  |  |
| --- | --- |
| 実施人数 | 名 |
| 費用免除者（再掲） | 名 |
| HbA1c（再掲） | 名 |

　※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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |