

## 特定健診に相当する診療情報提供について(お願い)

糖尿病	高血圧	脂質異常症	脳卒中
心筋梗塞	肝機能障害	腎機能障害	

上記の症状等で通院されている方は、次回の通院時に、この用紙を  
かかりつけの医療機関へ持って行ってください。  
皆様のご協力をお願いします。(※裏面は記載不要です)

平成29年10月1日～平成30年2月28日まで

診療情報提供に同意される方は下記にご署名のうえ、かかりつけの医療機関にお出してください

### 署名欄:

#### 【情報提供に関する同意確認】

みなさまから提供される裏面記載の情報は、福井市個人情報保護条例に基づいて、適正に管理し、皆様の健康維持・増進のために利用させていただきます。また、このたびの情報提供につきましては、各医療機関より一般社団法人 福井県医師会を經由して、福井市国民健康保険へ報告されます。

**生活習慣病で治療中の方も、特定健診の対象になります。**

病院での血圧・血液・尿検査結果が、特定健診の項目を満たしていれば、特定健診を受診したとみなすことができます。  
上の署名欄に署名のうえ、この「診療情報提供書」をかかりつけ医に提出し、ご相談ください。

