

特定健診未受診者の医療情報収集事業
事務処理マニュアル
(福岡県医師会会員医療機関用)

福岡県国民健康保険団体連合会
(事業振興課 事業振興係)

はじめに

この事業は、生活習慣病等で治療中の被保険者に特定健診未受診者が多いことに着目し、医療機関が保有している検査結果情報を活用（収集）して、特定健診結果情報に反映し、特定健診受診率の向上を目的とした事業であることから、本事業の円滑な実施にあたっては、医療機関のご支援、ご協力が必要となります。

日常の診療業務でご多忙の中、大変お手数をお掛けしますが、本事業の趣旨をご理解いただき、特段のご配慮とご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

つきましては、本事業にかかる事務処理の流れや留意事項等を取り纏めた事務処理マニュアルを作成しましたので、ご活用いただければ幸いに存じます。

初版：平成 30 年 5 月

改訂：平成 30 年 12 月

改訂：平成 31 年 4 月

改訂：令和元年 5 月

改訂：令和元年 6 月

改訂：令和 2 年 4 月

改訂：令和 3 年 4 月

目次

1. 事業目的	1
2. 事業概要	1
3. 事業内容	2
4. 事業主体	4
5. 業務の流れ	5
6. 受診者対応の流れ（情報提供票等を持参した受診者）	6
7. 情報提供票作成について	7
8. 情報提供票の記入方法及び注意事項について	8
9. 質問票兼同意書の記入方法及び注意事項について	9
10. 送付書の記入方法及び注意事項について	10

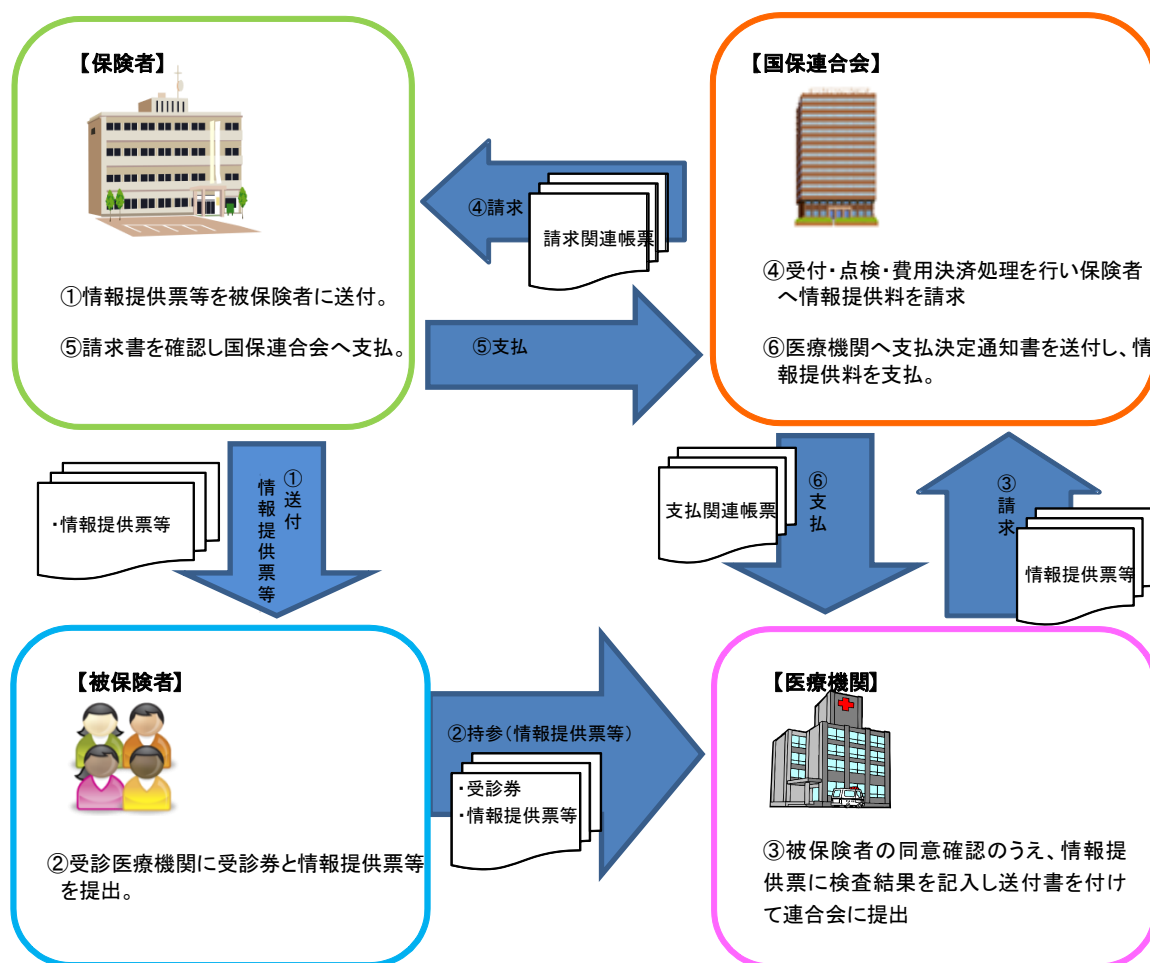
特定健診未受診者の医療情報収集事業

1 事業目的

本事業は、生活習慣病等で治療中の被保険者に特定健診未受診者が多いことに着目し、医療機関が保有している未受診者の検査結果データを特定健診データとして収集・集積することにより、福岡県内の国保保険者における特定健診の受診率の向上及び保健指導の充実並びに糖尿病性腎症重症化予防対策の取組強化に資することを目的とするものです。

2 事業概要

生活習慣病等治療中で特定健診未受診者の方で、時間的余裕がないなどの理由により特定健診の受診ができない被保険者について、医療機関が保有する検査結果情報の提供を被保険者の同意が得られた場合に、情報提供票等（情報提供票・質問票兼同意書）を国保連合会を通し、国保保険者に提出していただくことで特定健診を受診したとみなし特定健診データとして収集いたします。また、情報提供票等の作成・提供にあたり保険者から国保連合会を通じて情報提供料が医療機関へ支払われます。



3 事業内容

該当の受診者が、貴医療機関へ情報提供票等を持参されましたら、本事務処理マニュアルを参照のうえ、とびうめネット利用同意書（以下「とびうめ同意書」という。）を添付して福岡県医師会に提出（とびうめ同意書がない場合は、国保連合会に提出）をお願いします。

（１）対象者

本事業に参加する県内国保保険者の被保険者のうち 40 歳から 74 歳の特定健診未受診者を対象とします。

（２）実施保険者（予定）

県内 60 保険者				（令和 3 年 4 月現在）		
福岡市	大川市	太宰府市	宇美町	水巻町	添田町	上毛町
大牟田市	行橋市	福津市	篠栗町	岡垣町	糸田町	築上町
久留米市	豊前市	うきは市	志免町	遠賀町	川崎町	福智町
直方市	中間市	宮若市	須恵町	小竹町	大任町	みやこ町
飯塚市	小郡市	朝倉市	新宮町	鞍手町	赤村	歯科医師 国保組合
田川市	筑紫野市	嘉麻市	古賀市	桂川町	苅田町	薬剤師 国保組合
柳川市	春日市	みやま市	久山町	大刀洗町	吉富町	
八女市	大野城市	糸島市	粕屋町	大木町	筑前町	
筑後市	宗像市	那珂川市	芦屋町	香春町	東峰村	

（３）医療機関の業務内容

- ・ 特定健診未受診者の確認
- ・ 本人同意署名の確認及び質問票兼同意書の問診記載
- ・ 情報提供票に検査結果の記載
- ・ 情報提供票及び質問票兼同意書を提出

（４）提出書類

検査結果データから、次の各様式の記載項目にご記入のうえ、とびうめネット利用同意書がある場合は福岡県医師会に、とびうめネット利用同意書がない場合は国保連合会に提出して下さい。

- ① 情報提供票（様式 1）
- ② 質問票兼同意書（様式 2）
- ③ 送付書（様式 3）
- ④ とびうめネット利用同意書

(5) 各様式の記載上の留意事項

① 情報提供票（様式1）の作成について

- 提供可能な検査結果等は、検査実施日から3か月以内に医師の判断が行われたものに限り、ます。
- 医師の判断日は、医師が基本項目の検査結果をもとに総合判断を実施した日付を記入してください。
- ※特定健診の受診日として取り扱う日付となりますので、対象年度内に実施してください。
- 検査が複数日に跨る場合は、最初に行われた検査実施日から3か月以内に医師の判断日が行われたものとなります。
- 基本項目は、すべて記入ください。
- ※この事業のために、追加で検査をする必要はありません。
- 任意項目は、検査結果がある場合に記入ください。

② 質問票兼同意書（様式2）の作成について

- 質問票兼同意書の本人同意欄に署名がない時は、本人に署名をお願いしてください。
- ご記入が不自由な方の場合は、医療機関従事者の代筆をお願いします。
- 各保険者が発行した受診券の提示がありましたら回収をお願いします。（回収した受診券は情報提供票等と併せて提出ください。）

③ 送付書（様式3）の作成

- 情報提供票（様式1）と質問票兼同意書（様式2）の提出枚数は、同数となりますので、注意して下さい。
- 医療機関名称、医療機関番号は、ゴム印の使用も可能です。
- 送付書（様式3）については、国保連合会ホームページに掲載しています。

(6) 情報提供票等の提出

提出日：毎月月末

提出先①：とびうめ同意書添付の場合

〒812-8551 福岡市博多区博多駅南 2-9-30

福岡県医師会

提出先②：とびうめ同意書添付なしの場合

〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町 13-47

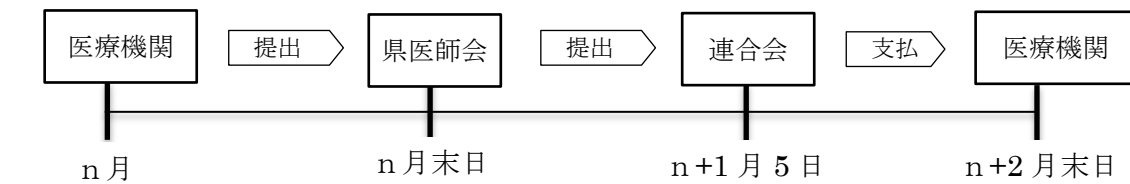
福岡県国民健康保険団体連合会 事業振興係

(7) 情報提供料

1件当たり 2,546円（うち、消費税及び地方消費税の額 231円）

※情報提供料は、国保連合会から各実施機関（医療機関）の診療報酬の届出口座に振込み（支払）ます。

(8) 情報提供料の支払時期



とびうめ同意書添付あり

例) 5月医療機関作成 → 5月31日県医師会提出 → 6月5日連合会提出 → 7月31日支払

とびうめ同意書添付なし

例) 5月医療機関作成 → 5月31日連合会提出 → 7月31日支払

(9) 情報提供票（様式1）、質問票兼同意書（様式2）について

実施機関から提供された情報提供票等については、国保連合会で被保険者の資格チェックや記載事項のチェックを実施しますが、チェックの結果、資格喪失者や各様式の記載内容の不備等により、決定しない場合があります。

電話確認等に対応できる軽微なものについては、国保連合会から電話確認を行う場合がありますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

4 事業主体

福岡県国民健康保険団体連合会（国保保険者からの委託を受けて実施）

○問合せ先

福岡県国民健康保険団体連合会

事業振興課 事業振興係（担当：木村・萩野）

TEL：092-642-7809

FAX：092-642-7853

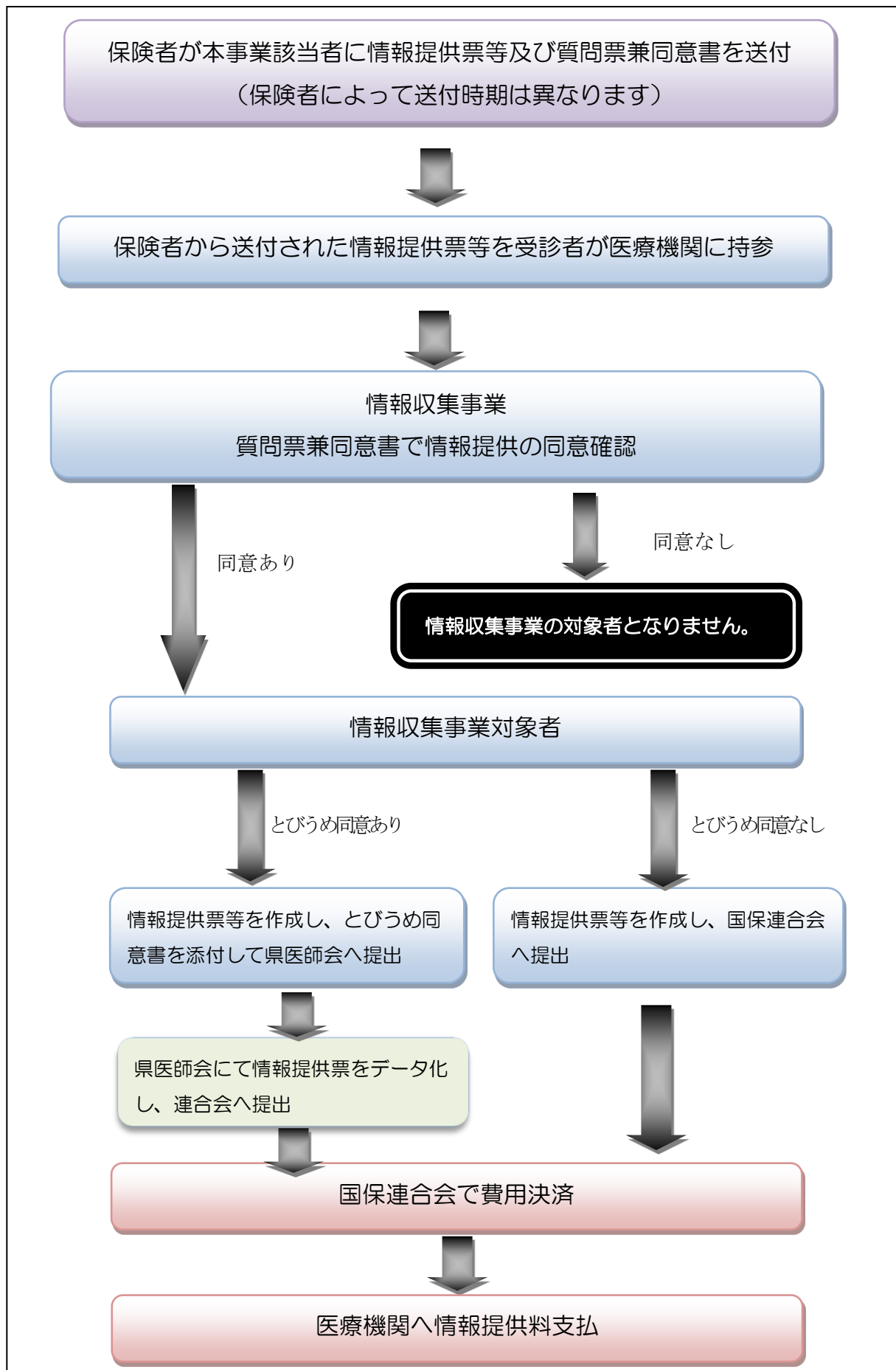
○連合会ホームページ掲載情報

連合会ホームページに次の情報を掲載しますので、ダウンロードしてご活用下さい。

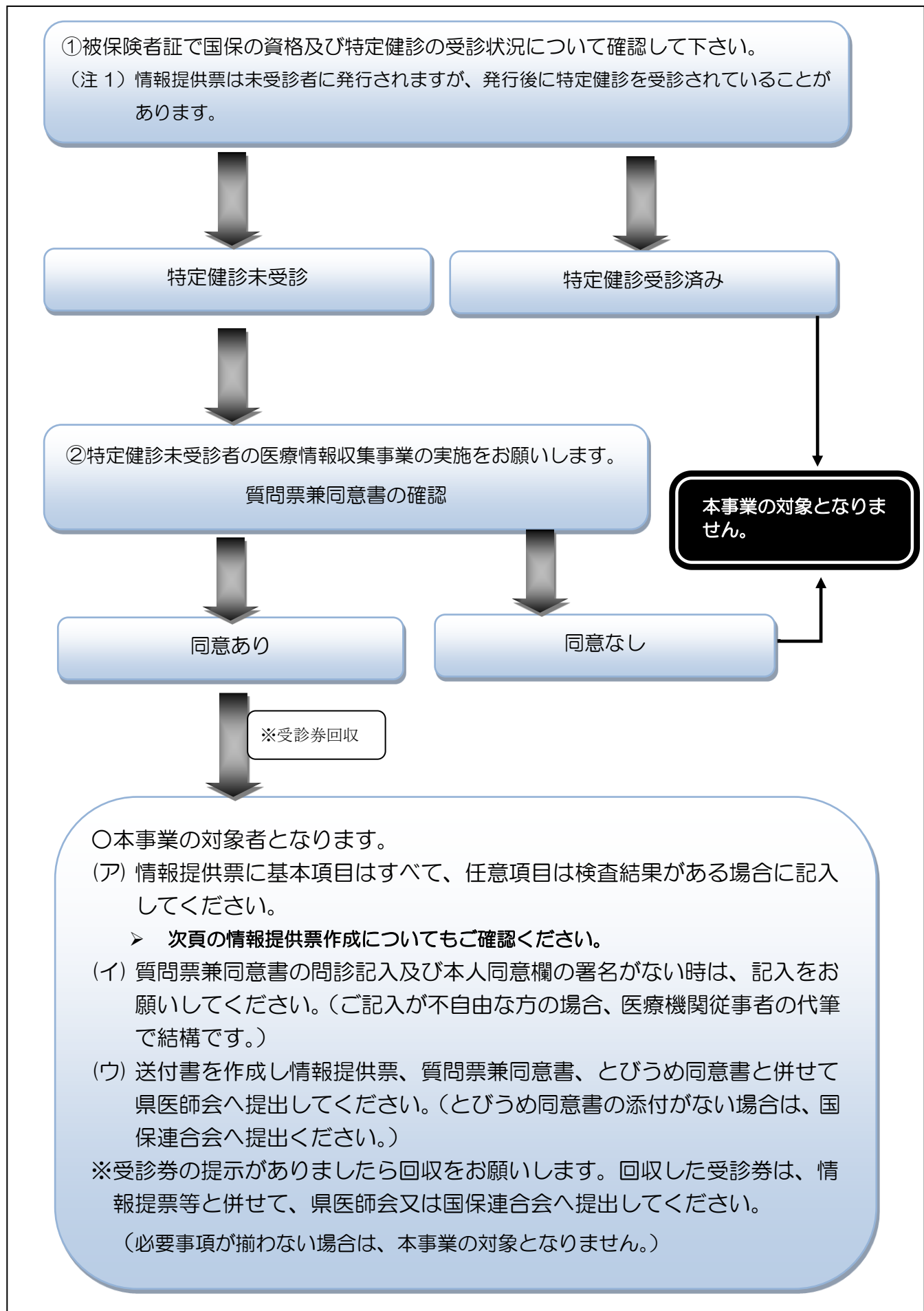
○本マニュアル

○送付書（様式3）

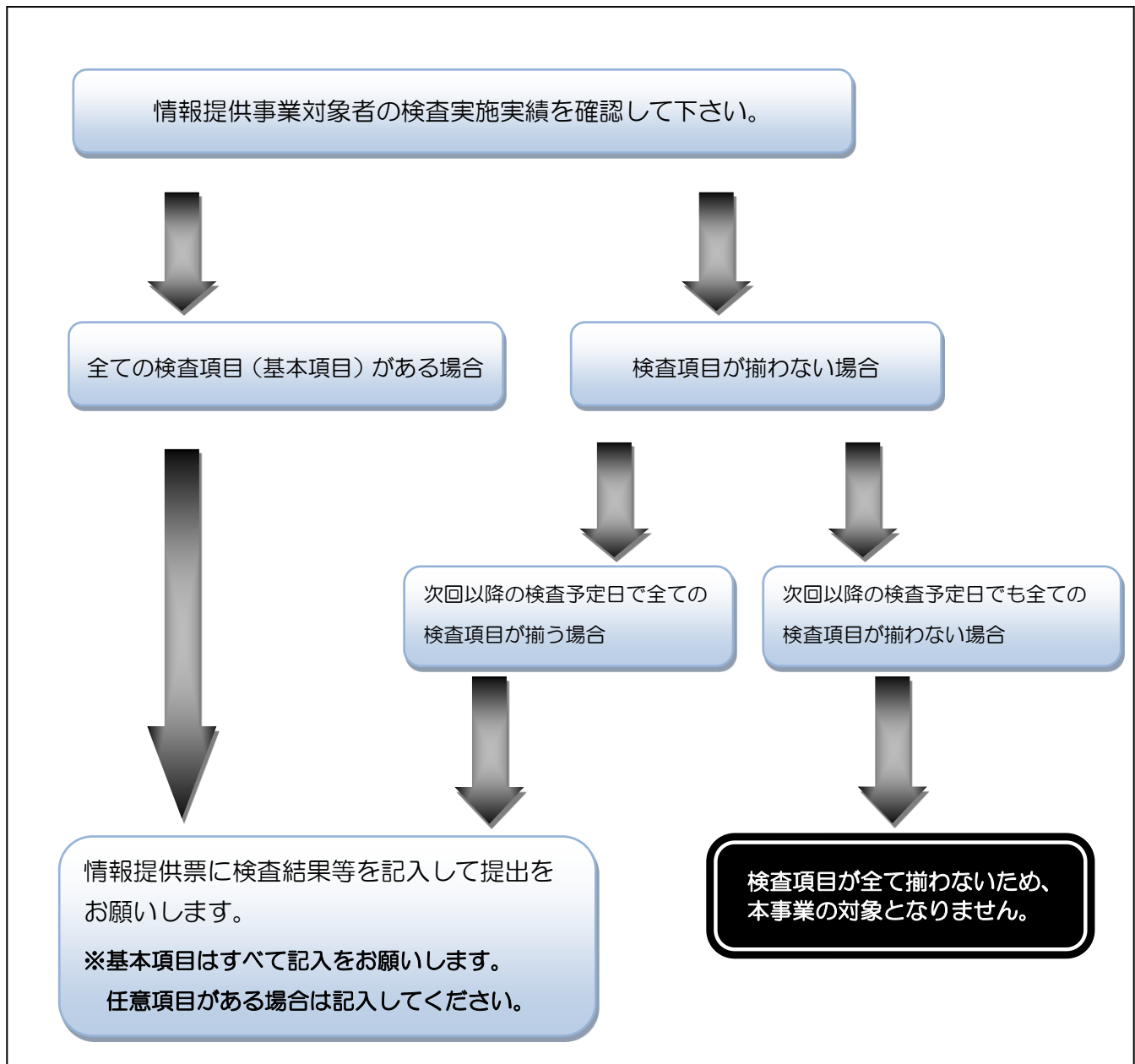
5 業務の流れ



6 受診者対応の流れ（情報提供票等を持参した受診者）



7 情報提供票作成について



■情報提供票作成の留意事項

- (1) 医師の判断日は、医師が基本項目の検査結果をもとに総合判断を実施した日付を記入してください。
※特定健診の受診日として取り扱う日付となりますので、対象年度内に実施して下さい。
- (2) 提供可能な検査結果等は、検査実施日から3か月以内に医師の判断が行われたものになります。
- (3) 検査が複数日にまたがる場合は、最初に行われた検査実施日から3か月以内に医師の判断が行われたものに限られます。
- (4) 基本項目は、すべて記入をお願いします。
※検査実績において基本項目が揃わない場合は、本事業の対象とはならないため受診券は、被保険者本人に返却してください。（追加で検査する必要はありません。）
- (5) 任意項目は、検査結果がある場合に記入をお願いします。

8 情報提供票の記入方法及び注意事項について

令和 X 年 XX 月請求分 情報提供票

【被保険者基本情報】

保険者番号	0040XXXX
フリガナ	コノホ タロウ
氏名	国保 太郎
生年月日	昭和 XX 年 XX 月 XX 日
性別	男性
年齢	55 歳
保険者番号	0040XXXX
受診券整理番号	181XXXXXXXX
被保険者証記号	XXX
被保険者証番号	XXXXXXXXXX
郵便番号	812-8521
住所	福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号

【医療機関記入欄】 ※任意項目以外全て記入をお願いします。

項目	検査結果	注意事項
身体測定		
① 身長	cm	小数点以下 1 桁
② 体重	kg	小数点以下 1 桁
③ BMI	kg/m ²	小数点以下 1 桁
④ 腹囲	cm	小数点以下 1 桁
⑤ 収縮期血圧	mmHg	
⑥ 拡張期血圧	mmHg	
⑦ 中性脂肪	mg/dl	
⑧ HDL コレステロール	mg/dl	
⑨ LDL コレステロール	mg/dl	※どちらか一方でも可
⑩ non-HDL コレステロール	mg/dl	
⑪ AST (GOT)	U/l	
⑫ ALT (GPT)	U/l	
⑬ γ-GT (γ-GTP)	U/l	
⑭ 空腹時血糖	mg/dl	
⑮ HbA1c (NGSP 値)	%	小数点以下 1 桁
⑯ 随時血糖	mg/dl	(食後 3.5h-10h 空腹)
尿検査		
⑰ 尿糖	※1 □: - □: ± □: + □: ++ □: +++	
⑱ 尿蛋白	※1 □: - □: ± □: + □: ++ □: +++	
⑲ 尿検査測定不能	※2 □: 尿検査等のため尿検査を実施できません。	
腎機能検査		
血清クレアチニン	mg/dl	小数点以下 2 桁
eGFR	mg/dl	小数点以下 1 桁
血清尿酸	mg/dl	小数点以下 1 桁
尿検査	※1 □: - □: ± □: + □: ++ □: +++	
医師の判断 ※3	□: 要医療 □: その他 ()	
医師名		医師の判断日 令和 年 月 日
医療機関番号	401XXXXXXXX	福岡市博多区
医療機関名	国民健康保険病院	医療機関 住所 吉塚本町 13 番 47 号

※1: いずれかの □ に ☑ を記入する。
 ※2: 尿検査が排尿障害等のため実施できない場合は □ に ☑ を記入する。
 ※3: いずれかの □ に ☑ を記入する。その他に ☑ した場合には、カッコ内に 15 文字以内でコメントをお願いします。
 例) □: 要医療 ☑: その他 () 要指差
 ● 該当年度の診療録を基に、検査データを転記してください。

■ 情報提供票の記入方法及び注意事項
 ※情報提供票の様式変更は、行わないようにして下さい。
 ※記入は、鉛筆以外(ボールペン等)をお願いします。

・「医師の判断日」の月を記入

・基本項目①～⑯は必須項目とみなすため全て記入 ※未入力がある場合は返戻

・生化学検査⑨、⑩については、必須項目だが、どちらか一方でも可

・血糖検査⑭～⑯については、必須項目だが、いずれか一つでも可

・排尿障害等により尿検査を実施できない場合は「尿検査測定不能」の□に☑を記入する。

・任意項目⑲～㉑は、医療情報があれば記入をお願いします。(未記入可)

・医師の判断、医師名、医師の判断日(対象年度内の日付)を記入(全て記入)

9 質問票兼同意書の記入方法及び注意事項について

- 質問票兼同意書の記入方法及び注意事項
- ※質問票兼同意書の様式変更は、行わないようにして下さい。
- ※記入は、鉛筆以外(ボールペン等)でお願いします。
- ※本人同意書に署名がない時は、本人に署名をお願いしてください。
- ※記入が不自由な方の場合は、医療機関従事者の代筆をお願いします。
- ※受診券の提示がありましたら回収をお願いします。
- (回収した受診券は情報提供票及び質問票兼同意書と併せて提出ください。)

情報提供票の「医師の判断日」の月を記入

- ・質問項目は全て記入
- ・項目ごとに当てはまる個所に1つだけ☑を記入(複数回答不可)

令和X年XX月請求分 質問票兼同意書

【本人記入欄】医師等の問診による記入可

項目	質問事項	回答欄
		該当する □ に ☑ を記入してください
1	既往歴(高血圧、糖尿病、脂質異常症等)がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	今、体調の悪いところ(自覚症状)がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	医師から、貧血をいわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(※今までに合計100本以上、又は6か月以上吸っており最近1か月間も吸っている方)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	1回30分以上の眠く汗をかき運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が遅いですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> わからない
15	食事をかんで食べる時の状態はどれに当てはまりますか。	<input type="checkbox"/> 遅い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 速い
16	人と比較して食べる速度が遅いですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどない
18	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
19	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は、どのくらいですか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 飲めない (ほとんど飲まない)
20	飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どのくらいですか。	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
21	日本酒1合(180ml)の目安: ビール(約500ml)、焼酎25度(110ml)、 ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	
22	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
23	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(現在6か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうち(概ね1か月以内に改善するつもり)であり、少しずつ進んでいる <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
24	生活習慣の改善について保健指導を受けられる機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【本人同意欄(自筆)】

情報提供票および質問票兼同意書を _____ 市・町・村 _____ に提供することに同意します。

_____ 国保組合 _____ 氏名 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名 _____

_____ ご連絡先電話番号 _____

●ご記入が不自由な方の場合、医療機関従事者の代筆で結構です。

10 送付書の記入方法及び注意事項について

■ 送付書の記入方法及び注意事項

- ※送付書の様式変更は、行わないようにして下さい。
- ※記入は、鉛筆以外(ボールペン等)でお願いします。
- ※情報提供票(様式1)と質問票兼同意書(様式2)の提出枚数は、同数となります。
- ※医療機関名称、医療機関番号は、ゴム印の使用も可能です。
- ※送付書については、国保連合会ホームページに掲載しています。

送付書

福岡県国民健康保険団体連合会 行

特定健診未受診者の医療情報収集事業にかかる情報提供票等について、下記のとおり提出します。

提出年月日	令和	年	月	日	提出
医療機関番号					
医療機関名称					
電話番号	()				担当者名

提出枚数	枚
(内訳)	
情報提供票(様式1)	① 枚
質問票兼同意書(様式2)	② 枚

・提出年月日、医療機関番号、医療機関名称、電話番号、担当者名を記入
 ※ゴム印使用可能

・提出枚数を記入

・提出枚数内訳の記入
 ①情報提供票の枚数を記入
 ②質問票兼同意書の枚数を記入