

郡 市 区 等 医 師 会 御 中

大 阪 府 医 師 会
(公 印 省 略)

「後期高齢者医療健康診査受診票兼結果票」について
【必ず「令和6年4月作成版」の様式をご利用下さい】

平素より本会事業に格別のご理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、過日ご連絡いたしましたとおり、後期高齢者医療健康診査において、健診費用の請求時に、誤ってヘモグロビンA1cと血色素量（ヘモグロビン）が同値で結果報告されているケースが散見されました。そこで、令和6年度(令和6年4月作成版)より「後期高齢者医療健康診査受診票兼結果票」の該当箇所の標記を変更いたしております。

上記誤りを未然に防止し、正確な検査結果を報告するためにも、**検査結果の記録には、必ず「令和6年4月作成版」の様式をご利用下さい。**同様式が無い場合は、大阪府後期高齢者医療広域連合(06-4790-2031)にご連絡の上、お取り寄せをお願いいたします。

つきましては、貴会におかれましてもご了知いただき、会員医療機関へご周知いただきますようよろしくお願い申し上げます。

●「後期高齢者医療健康診査受診票兼結果票」【令和6年4月作成版】※該当箇所のみ抜粋。

血液検査	中性脂肪※1 (空腹・随時)	HDL コレステロール	LDL※2 コレステロール	Non-HDL※2 コレステロール	肝機能検査		
	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	AST(GOT) U/L	ALT(GPT) U/L	γ-GT (γ-GTP) U/L
	検査法 ① ② ③	検査法 ① ② ③	検査法 ① ② ③	検査法 ① ②	検査法 ① ②	検査法 ① ②	検査法 ① ②
	血糖 (空腹・随時)	HbA1c	血清尿酸				
	mg/dl	%	mg/dl	mg/dl			
	検査法 ① ② ③ ④	検査法 ① ② ③ ④	検査法 ① ②	検査法 ① ②	実施理由※3	(クレアチニンから算出)	①可視吸光度法 ②紫外吸光度法 ③その他
詳細な健診	貧血検査※4	赤血球数	血色素量		旧様式では「血色素量(ヘモグロビン)」と記載		
		万/μL	g/dl	%	3. 貧血を疑う症状あり 4. その他()		
	心電図検査※4	所見(①あり ②なし) 実施理由()					
	眼底検査※4	キヌクワーター分類 (①0 ②I ③IIa ④IIb ⑤III ⑥IV) シェイ分類:H (①0 ②1 ③2 ④3 ⑤4) シェイ分類:S (①0 ②1 ③2 ④3 ⑤4) SCOTT分類 (①Ia ②Ib ③II ④IIIa ⑤IIIb ⑥IV ⑦Va ⑧Vb ⑨VI ⑩異常なし) その他の所見 実施理由()					
					①電位差法 ②可視吸光度法 ③紫外吸光度法 ④その他 HbA1c ①免疫学的方法 ②HPLC ③酵素法 ④その他 クレアチニン・尿酸・ γ-GT ①可視吸光度法 ②その他		

※1 やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合、随時中性脂肪による脂質検査が可能となります。

※2 LDLコレステロールは、中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定に代えられます。

※3 腎機能検査は基本項目として、全員実施してください。なお、「受診者の問診、自覚症状、診察所見」または「今年度の各種健診結果等」を理由に実施した場合は、必ず実施理由を記載してください。

※4 貧血・心電図・眼底検査は国の実施基準に該当し、医師が必要と判断した場合にのみ実施してください。(必ず実施理由を記入してください。)

※事務局：地域医療1課 堀田 (TEL 06-6763-7012・FAX 06-6766-2875)