

人間ドック・職場の健診を受けられた皆様

健診結果をご提供下さい！

人間ドック補助金申請は健診の結果（コピー）を提出する必要があります。
健診結果をそのまま提出することに抵抗のある場合、この書類をご利用下さい。

《留意事項》

- ・ピンク色の項目は必ず記入下さい。
- ・提供頂いた健診結果は健康管理以外での目的には使用しません。



特定健診の情報提供書 (ピンク色は必ず記入ください)

【被保険者記入欄】

被保険者氏名		受診日	令和	年	月	日	
この項目は必ず記入下さい	検査項目		検査結果			注意事項	
	身体測定	身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	小数点以下1桁
		体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg	小数点以下1桁
		BMI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg/m ²	小数点以下1桁
		腹囲	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	小数点以下1桁
	血圧	収縮期血圧	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mmHg	右詰めで記載
		拡張期血圧	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mmHg	※中性脂肪検査及び血糖検査については (別日であっても) 随時・空腹時の採血 タイミングが同じ検査 の数値を記載いただきますようお願い します。
	血中脂質検査	空腹時中性脂肪	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	
		HDLコレステロール	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	
		LDLコレステロール	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	
	肝機能検査	AST (GOT)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	U/l	例：○空腹時中性脂肪 ○空腹時血糖 ○随時中性脂肪 ○随時血糖 ×随時中性脂肪 ×空腹時血糖
		ALT (GPT)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	U/l	
		γ-GT (γ-GTP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	U/l	
	血糖検査	空腹時血糖	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	
尿検査	尿糖	1 (－) ・ 2 (±) ・ 3 (+) ・ 4 (++) ・ 5 (+++)					
	尿蛋白	1 (－) ・ 2 (±) ・ 3 (+) ・ 4 (++) ・ 5 (+++)					
	測定不可能	1 (生理中) ・ 2 (腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する) ・ 3 (その他)					
該当する場合、記入下さい	血中脂質検査	Non-HDLコレステロール	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	右詰めで記載
		随時中性脂肪	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	右詰めで記載
	血糖検査	HbA1c (NGSP値)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	小数点以下1桁
		随時血糖	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	右詰めで記載
	腎機能検査	血清クレアチニン	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	小数点以下2桁
		血清尿酸	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dl	小数点以下1桁
尿検査	尿潜血	1 (－) ・ 2 (±) ・ 3 (+) ・ 4 (++) ・ 5 (+++)					
医師名		医療機関名					

裏面の質問票も記入をお願いいたします。



【質問票（被保険者記入欄）】

○ 今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。（該当するものに○を記入下さい。）

<input type="checkbox"/>	動悸・息切れ	<input type="checkbox"/>	せきが多い	<input type="checkbox"/>	腰痛・背部痛	<input type="checkbox"/>	便秘気味	<input type="checkbox"/>	体がむくむ
<input type="checkbox"/>	目が疲れやすい	<input type="checkbox"/>	たんが多い	<input type="checkbox"/>	手足のむくみ	<input type="checkbox"/>	残尿感がある	<input type="checkbox"/>	食欲が無い
<input type="checkbox"/>	立ち眩みがする	<input type="checkbox"/>	長く続く頭痛	<input type="checkbox"/>	喉が渇く	<input type="checkbox"/>	頻尿	<input type="checkbox"/>	耳鳴りがする

○ 今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。

既往症	治療中	既往症	治療中	既往症	治療中	既往症	治療中
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	高血圧		胃炎		椎間板ヘルニア		慢性腎不全
	糖尿病		胃潰瘍		関節リウマチ		尿路結石
	脂質異常症		胃・大腸ポリープ		結核		白内障
	痛風		急性肝炎		気管支喘息		狭心症
	脳出血・脳梗塞		不整脈		慢性気管支炎		ピロ菌除菌治療

項目	質問事項	回答欄					
		該当する番号を○で囲んでください					
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	1	はい	2	いいえ		
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	1	はい	2	いいえ		
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	1	はい	2	いいえ		
4	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。	1	はい	2	いいえ		
5	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。	1	はい	2	いいえ		
6	医師から、慢性腎不全や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けていますか。	1	はい	2	いいえ		
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	1	はい	2	いいえ		
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(※最近1ヶ月間吸っている日数、生涯6ヶ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	1	はい				
		2	以前は吸っていたが最近一ヶ月は吸っていない				
		3	いいえ				
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	1	はい	2	いいえ		
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	1	はい	2	いいえ		
11	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。	1	はい	2	いいえ		
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	1	はい	2	いいえ		
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	1	何でもかんで食べることができる				
		2	歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある				
		3	ほとんどかめない				
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	1	速い	2	ふつう	3	遅い
15	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。	1	はい	2	いいえ		
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	1	毎日				
		2	時々				
		3	ほとんど摂取しない				
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1	はい	2	いいえ		
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。(※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	1	毎日	5	月に1~3日		
		2	週5~6日	6	月に1日未満		
		3	週3~4日	7	やめた		
		4	週1~2日	8	飲まない(飲めない)		
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度、約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	1	1合未満		4	3~5合未満	
		2	1~2合未満		5	5合以上	
		3	2~3合未満				
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	1	はい	2	いいえ		