

③勤務先等で健康診断を受けた方

勤務先等で健診を受けた方へ

当組合の被扶養者の方の中で、勤務先等で健診をされた方に、健診結果(写)または下記の情報提供用紙(検査項目数値を記入したもの)のどちらかの提供に、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

なお、提供いただける健診結果は、下記の検査項目を全て実施し、かつ、年度初め4月1日～翌年3月31日(年度末)に受診したものととなります。

※情報提供いただける方は、未使用の「特定健康診査受診券」をご返却ください。

健診結果の情報提供用紙			受診日	★ 令和 年 月 日			
氏名	★	男・女	受診医療機関	★			
住所	★〒		医療機関所在地	★〒			
生年月日	★	昭和 年 月 日	医師名	★			
検査項目 (全ての結果をご記入ください)			問診項目 (あてはまるものに○をしてください)				
身体測定	身長	★	cm	既往歴	★ なし・あり()		
	体重	★	kg	自覚症状	★ なし・あり()		
	BMI	※	kg/m ²	他覚症状	★ なし・あり()		
	腹囲	★	cm		★血圧を下げる薬 なし ・ あり		
血圧	収縮期血圧	★	mmHg	薬の内服	★インスリン注射や血糖を下げる薬 なし ・ あり		
	拡張期血圧	★	mmHg		★コレステロールを下げる薬 なし ・ あり		
血中脂質検査	中性脂肪	★	mg/dl	貧血	★ なし・あり		
	HDLコレステロール	★	mg/dl	タバコ	★ なし・あり		
	LDLコレステロール	★	mg/dl	医師の判定 (あてはまるものに○をしてください)			
肝機能検査	AST (GOT)	★	U/L	★・異常なし・軽度異常・要経過観察・要治療 ・要精密検査・治療中 その他 ()			
	ALT (GPT)	★	U/L				
	γ-GT (γ-GTP)	★	U/L				
血糖検査 ■どちらかを記入してください	空腹時血糖	★	mg/dl				
	HbA1c (NGSP値)	★	%				
尿検査	糖	★	(-) (±) (+) (2+) (3+)	腎機能他	クレアチニン	※	mg/dl
	蛋白	★	(-) (±) (+) (2+) (3+)		尿酸	※	mg/dl
	潜血	※	(-) (±) (+) (2+) (3+)				

★印のある項目全てをご記入ください。 また、※印の項目が不明の場合は未記入で結構です。

◎健診結果表から情報提供用紙へ転記し、太枠内すべてにご記入の上、当健保へ提出してください。

ご提出いただいた健診結果等については、匿名化されたデータでの国への実施報告等や健保組合の保健事業のみに使用します。