

①勤務先等で健康診断を受けた方

健診結果報告書

健診を受診しましたので、「健診結果報告書」と「特定健康診査・質問票」並びに「健診結果の情報提供用紙」または「健康診断結果(写)」を提供します。

また、この健診結果を保険組合が個人の特定ができない形で利用することを承諾いたします。

令和 年 月 日

記号 - 番号 _____

〒 _____
ご住所 _____

被保険者名 _____

受診者名
(被扶養者名) _____

電話番号
(日中の連絡先) _____

川口工業健康保険組合 御中

郵送していただくもの

※下記について確認のうえ、返信用封筒にてご郵送ください。ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

(□に✓をご記入ください。)

- ① 健診結果報告書(この用紙)
- ② 特定健康診査 質問票(この用紙の裏面)
- ③ 勤務先等の健診結果の情報提供用紙または健康診断結果(写)
- ④ 当組合発行の未使用の「受診券」

②勤務先等で健康診断を受けた方

(健診年度末3月31日時点で40歳以上の方) 特定健康診査質問票

事業所名	保険証 記号 — 番号 —	ふりがな 氏 名
------	------------------	-------------

◆ 下記の質問について、回答欄の該当する番号に○をして下さい。

なお、この『質問票』は、国への報告や特定保健指導等の資料となります。

質 問 項 目		腹 囲	
		c m	
		回 答	
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、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	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。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	1. はい	2. 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	ほぼ同じ年齢の同姓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、かみにくい事がある 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. 普通 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。	1. 毎日	2. 時々 3. ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どのくらいですか。 清酒1合(180ml)の目安：ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1. 1合未満	2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	1. はい	2. いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) 3. 近いうち(概ね1ヶ月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている 4. すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5. すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	1. はい	2. いいえ

※ この『質問票』により取得した個人情報、目的以外に使用致しません。

川口工業健康保険組合

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。