35歳以上　被扶養者

健 診 結 果 提 出 報 告 書（パート先・市町村で受診された場合）

申請日　　令和　　年　　月　　日

記号	番号	被 保 険 者 名
		目署の場合は押印不要 ㊞

健診実施者名（被扶養者名）	生 年 月 日	年齢
	昭和　　年　　月　　日	歳

ご住所 ご連絡先（日中につながる電話番号・ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽをご記入ください）※記入必須です

☎　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

〒

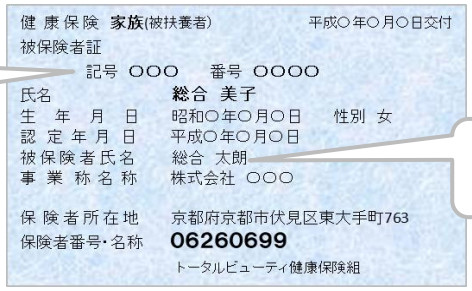
受診された医療機関名	健診された日
	令和　　年　　月　　日

※内容確認のため、ご連絡させていただくことがございます。

【特定健診の必須項目】
(1)身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）
(2)理学的検査（身体診察）
(3)血圧測定
(4)血液検査
　①脂質検査（中性脂肪、HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ、LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ）
　②血糖検査（空腹時血糖またはヘモグロビンA1c）
　③肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP）
(5)尿検査（尿糖、尿蛋白）
(6)質問票（服薬歴、喫煙歴など）

ご提出いただくもの
☐ 健診結果のコピー
　左の必須項目の検査数値が記載されていますか？
☐ 質問票

記号番号は
こちらを記入ください


健 康 保 険　家族(被扶養者)　　平成○年○月○日交付
被保険者証
記号 ○○○　番号 ○○○○
氏名　総合 美子
生 年 月 日　昭和○年○月○日　性別 女
認 定 年 月 日　平成○年○月○日
被保険者氏名　総合 太朗
事 業 称 名 称　株式会社 ○○○
保 険 者 所 在 地　京都府京都市伏見区東大手町763
保険者番号・名称　06260699
トータルビューティ健康保険組

被保険者名は
こちらを記入ください

受付印

QUOカード発送	担当	担当
令和　　年　　月　　日		

FAX 075-623-4154

質 問 票

40歳以上

受診者情報	記号	番号	氏 名		腹囲
			フリガナ		健診結果に腹囲がない場合はこちらに必ず記入ください
			漢字		cm

自覚症状	
既往歴	

質問項目

番号	質問項目	回答値 プルダウンより選択
(1)	血圧を下げる薬を使用している	
(2)	血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している	
(3)	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している	
(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る	
(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る	
(6)	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）を受けているか	
(7)	医師から、貧血といわれたことがある	
(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、条件１と条件２を両方満たす者である。 条件１：最近１か月間吸っている 条件２：生涯で６か月間以上吸っている、又は合計１００本以上吸っている）	
(9)	２０歳の時の体重から１０kg 以上増加している	
(10)	1 回３０分以上の軽く汗をかく運動を週２日以上、１年以上実施している	
(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る	
(12)	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	
(13)	食事をかんで食べる時の状態	
(14)	人と比較して食べる速度が速い	
(15)	就寝前の２時間以内に夕食をとることが週に３回以上ある	

質問項目		
(16)	朝昼夕の３食以外に間食や甘い飲み物を摂取する頻度	
(17)	朝食を抜くことが週に３回以上ある	
(18)	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。 （※「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）	
(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）	
(20)	睡眠で休養が十分とれている	
(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	
(22)	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	