

健康診査結果票提供書

東京土建国民健康保険組合理事長 殿

下記の《提供にあたって》の記載内容に同意し、結果票を提供します。

以下の欄へ記入してください。組合員氏名および受診者氏名の欄には署名してください。

記号	91-	番号		組合員氏名(署名)	
受診年月日		年	月	日	受診者氏名(署名)

下記の質問(問診)票に回答してください。(あてはまる番号に○印をつけてください)

1. 血圧を下げる薬を服用していますか。	1. はい	2. いいえ
2. インスリン注射また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. コレステロールを下げる薬を服用していますか。	1. はい	2. いいえ
4. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	1. はい	2. いいえ
5. 今までにかかった病気はありますか。【既往歴】	1. はい	2. いいえ
【1. はいと答えた方は以下の当てはまるものに○印をつけてください。】		
1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 脂質異常症 4. 狭心症 5. 心筋梗塞 6. 脳梗塞 7. 痛風 8. 貧血		
9. 肝臓病 10. 腎臓病 11. 胃潰瘍 12. ぜん息 13. その他()		
6. 病気と思われる症状はありますか。【自覚症状】	1. はい()	2. いいえ
7. 医師から指摘された症状はありますか。	1. はい()	2. いいえ



特定健診検査項目(下記の内容があるか☑)

身体計測	身長	<input type="checkbox"/>
	体重	<input type="checkbox"/>
	BMI	<input type="checkbox"/>
	腹囲測定	<input type="checkbox"/>
血圧測定	血圧測定	<input type="checkbox"/>
尿検査	尿糖	<input type="checkbox"/>
	尿蛋白	<input type="checkbox"/>
血液検査	中性脂肪	<input type="checkbox"/>
	HDL コレステロール	<input type="checkbox"/>
	LDL コレステロール	<input type="checkbox"/>
	空腹時血糖または HbA1c	<input type="checkbox"/>
	AST(GOT)	<input type="checkbox"/>
	ALT(GPT)	<input type="checkbox"/>
医師の診断	γ-GTP	<input type="checkbox"/>
	医師の診断および指示	<input type="checkbox"/>
	医師名	<input type="checkbox"/>

国保確認欄

国保受付	資格	入力	確認

《提供にあたって》

- ①国保組合に加入する 40 歳以上の組合員と家族が対象です。
- ②添付書類は健診結果票(コピー)と健康診査受診券が必要です。(受診券は上部の貼付欄にご貼付ください。)
- ③**特定健診の必須項目を必ず受診していること。**
(右記の表で検査項目があるかチェックしてください。)
- ④上記の質問(問診)票の回答は、国への報告に必要な内容です。
- ⑤健診を受診した年度の翌年 8 月 25 日までにご提供ください。
- ⑥この健診結果票提供につきまして補助金支給はありません。
- ⑦健康診査結果及び問診票の個人情報、被保険者の健康改善を目的とする場合に限り、支部及び保健対策推進委員等に情報を提供し、特定保健指導の利用をお勧めすることがあります。