

受 診 票

受診者	証 記号		証 番号		実施年月日	平成	年	月	日
	フリガナ				生年月日	昭和	年	月	日
	氏 名				性 別	1. 男	2. 女		

採血時期	<input type="checkbox"/>	1 : 食後10時間未満	2 : 食後10時間以上
------	--------------------------	--------------	--------------

基本項目	既往歴	<input type="checkbox"/>	1. 特記あり	2. 特記なし
	(具体的な既往歴)			
	自覚症状	<input type="checkbox"/>	1. 特記あり	2. 特記なし
	(所見)			
	他覚症状	<input type="checkbox"/>	1. 特記あり	2. 特記なし
	(所見)			

	検査項目	検査結果
基本項目	身長	. cm
	体重	. kg
	BMI	. kg/m ²
	腹囲	. cm
	血圧 (収縮期)	mmHg
	血圧 (拡張期)	mmHg
	HDLコレステロール	mg/dl
	LDLコレステロール	mg/dl
	中性脂肪	mg/dl
	GOT (AST)	U/l
	GPT (ALT)	U/l
	γ-GT (γ-GTP)	U/l
	空腹時血糖	mg/dl
	HbA1c	. %
	尿糖	- + ++ +++
	尿蛋白	- + ++ +++

	検査項目	検査結果
詳細項目	ヘマトクリット値	. %
	血色素量	. g/dl
	赤血球数	×10 ⁴ /μl
	貧血検査実施理由	<input type="checkbox"/> 1 貧血が疑われる 2 貧血の既往歴を有する 3 その他

医療機関の所在地及び名称	印
電話番号	
医師名	

問 診 票

被 保 険 者	記号	番号	受 診 者	フリガナ				
	氏名			氏名				
	社員 コード			生年月日	昭和	年	月	日
	受診 番号			性別	1. 男	2. 女		
NO	質問項目（受診する前に、ご記入ください）			回答（該当する番号に○印する）				
1-3	現在、以下の薬を服用していますか。			1	はい	2	いいえ	
	1	a 血圧を下げる薬		1	はい	2	いいえ	
	2	b インスリン注射又は血糖を下げる薬		1	はい	2	いいえ	
	3	c コレステロールや中性脂肪を下げる薬		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、治療を受けていますか。			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、たばこを習慣的にすっていますか。 （※「現在、習慣的にたばこをすっている者」とは、「今までに合計100本以上、又は6ヶ月以上すっている者」であり、最近1ヶ月間もすっている者）			1	はい	2	いいえ	
9	20歳のときの体重から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、かみあわせなどが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	早い	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3回以上ありますか。	1 はい 2 いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）はどのくらいの頻度で飲みますか。	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日あたりの飲酒量はどの位ですか。 <日本酒1合（180ml）の目安> ビール500ml、焼酎25度110ml、 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っていますか。	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 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） 5 既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

特定健康診断補助金交付申請書

記号	番 号	事業所名	被 保 険 者 氏 名	
			⑩	
住所	〒			
			電話	()
特定健診受診者名		続柄	生 年 月 日	年齢
医 療 機 関 名		受 診 年 月 日		

添付書類

- 1 領収証の写し
- 2 受診票(同封の用紙)
- 3 問診票(同封の用紙)

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">補 助 金 受 領 委 任 状</p> <p style="margin: 5px 0;">上記申請の補助金を 川鍋 一朗 に委任いたします。</p> <p style="margin: 10px 0;">平成 年 月 日 被保険者氏名</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">⑩</p>				
---	--	--	--	--