

# 健診結果報告書

被保険者番号										受診者氏名			
記号				番号						(フリガナ)			
住所										電話番号		生年月日	
〒 -												西暦 年 月 日 ( 歳)	

受診日	西暦 年 月 日			
受診病院名	【健診機関（病院）名】（正式名称で記入のこと）			
および 住所	【住所】 〒 -			
	【電話番号】			
健診の種類 (☑を入れてください)	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト等の勤務先		<input type="checkbox"/> 市区町村	
	<input type="checkbox"/> かかりつけ医		※東芝けんぽ総合健診、特定健康診査（受診券）を受診の方は提出不要です。	

健診項目	身体測定	身長								cm	※腹囲も忘れずにご記入ください。	
		体重								kg		
		腹囲								cm		
		BMI										
	血液検査	脂質	中性脂肪(トリグリセリド)								mg/dl	血糖は①②のいずれかをご記入ください。  実施した場合、ご記入ください。
			HDLコレステロール								mg/dl	
	LDLコレステロール (Non-HDLコレステロールでも可)									mg/dl		
	肝機能	AST (GOT)									IU/l	
		ALT (GPT)									IU/l	
		γ-GT (γ-GTP)									IU/l	
	血糖	①血糖値									mg/dl	
		②HbA1c (NGSP)									%	
	腎機能	血清クレアチニン									mg/dl	
	貧血検査	赤血球数 (RBC)									万/mm <sup>3</sup>	
		血色素量 (Hb)									g/dl	
		ヘマトクリット (Ht)									%	
	採血時間 (いずれか○)		1.記載なし 2.食後10時間以上 3.食後3.5以上10時間未満 4.食後3.5時間未満									
	尿検査	尿糖 (いずれか○)	- ± + 2+ 3+以上									
		尿たんぱく (いずれか○)	- ± + 2+ 3+以上									
	健康診断を実施した医師の氏名											
診察・他覚所見		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	異常ありの場合は必ず具体的に記入									
自覚症状 (腰痛、肩こり等)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ありの場合は必ず具体的に記入									
その他	既往歴 (高血圧、貧血等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ありの場合は必ず具体的に記入									

### 質問票 (問診)

被保険者番号										受診者氏名	
記号				番号						(フリガナ)	

質問項目		回答	
現在aからcの薬の使用の有無 (医師の診断・治療のもとで服薬中の者)			
1	a. 血圧を下げる薬	1. はい (服薬有)	2. いいえ (服薬なし)
2	b. 血糖を下げる薬またはインスリン注射	1. はい (服薬有)	2. いいえ (服薬なし)
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	1. はい (服薬有)	2. いいえ (服薬なし)
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る。	1. はい	2. いいえ
8	現在、タバコ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 条件①：最近1ヶ月間吸っている 条件②：生涯で6ヶ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	1. はい (条件①②を両方満たす) 2. 以前は吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない (条件②のみ満たす) 3. いいえ (1・2. 以外)	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	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。	1. はい	2. いいえ
11	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	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。	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。	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回以上ある。	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回以上ある。	1. はい	2. いいえ
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	1. 毎日 2. 週5~6日 3. 週3~4日 4. 週1~2日 5. 月に1~3日 6. 月に1日未満 7. やめた 8. 飲まない (飲めない)	
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) の目安とは ビール (同5度・500ml)、焼酎 (同25度・約110ml)、 ワイン (同14度・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)	1. 1合未満 2. 1~2合未満 3. 2~3合未満 4. 3~5合未満 5. 5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。	1. はい	2. いいえ
21	運動や食生活などの生活習慣を改善してみようと思いませんか。	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か月以内) 3. 近いうちに (概ね1か月以内) 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か月未満) 5. すでに改善に取り組んでいる (6か月以上)	
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たことがありますか。	1. はい	2. いいえ

送付資料	<input type="checkbox"/> (様式2-12-1) 健診結果報告書 <input type="checkbox"/> (様式2-12-2) 質問票 (問診) <input type="checkbox"/> 健診結果コピー ※「健診結果報告書」および「質問票 (問診)」は、全ての項目を記入してください。 ※健診費用が発生し補助金申請する場合は「保健事業補助金申請書」と領収書 (原本) を添付のうえ申請してください。
お問い合わせ先 送付先	郵 送 : 〒212-8577 神奈川県川崎市幸区小向東芝町1番地 東芝健康保険組合 データヘルス事業担当 宛 ※「健診結果報告書」在中とご記入ください。 社内便 : (ケンボ) (DH事) TEL : 044-520-7826