（様式　２－１２－１）

健診結果報告書

被保険者番号		受診者氏名
記号	番号	（ﾌﾘｶﾞﾅ）

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 および 住　所	【健診機関（病院）名】（正式名称で記入のこと） 【住所】〒　　－ 【電話番号】
健診の種類 （☑を入れてください）	☐ パート・アルバイト等の勤務先で実施の健康診断　☐ 市区町村で実施の健康診断 ☐ かかりつけ医で実施の健康診断　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

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					・		
	血圧		最高／最低（mmHg）				／			
	血液検査	脂質	中性脂肪(ﾄﾘｸﾞﾘｾﾗｲﾄﾞ)						mg/dl	
			HDLコレステロール						mg/dl	
			LDLコレステロール						mg/dl	
			Non-HDLコレステロール						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	血糖は①②のいずれかをご記入ください。
			②HbA1c（NGSP）					・	%	
		腎機能	血清クレアチニン				・		mg/dl	実施した場合、ご記入ください。
		貧血検査	赤血球数（RBC）						万/mm³	
			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			1.異常あり 2.異常なし	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）			1.あり 2.なし	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）			1.あり 2.なし	ありの場合は必ず具体的に記入					

裏面あり　⇒

※保険証を使用して受診した際の検査結果は提出不要（例：治療の一環で行った血液検査の結果など ）。

（様式　２－１２－２）

質問票（問診）

被保険者番号													受診者氏名
記号				番号									(ﾌﾘｶﾞﾅ)

	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１０㎏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	□（様式2-12-1）健診結果報告書　□（様式2-12-2）質問票（問診）　□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：　（ケンポ）（ＤＨ事） ＴＥＬ：　044 - 520 - 7826