

健診結果報告書 (補助金申請用)

被保険者等記号・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"/> かかりつけ医で実施の健康診断 <input type="checkbox"/> 市区町村で実施の健康診断

※ パート・アルバイト先等の勤務先で受診した結果を提出をする場合は、「様式2-12-1-1-① 健診結果報告書(パート・アルバイト等の勤務先受診用)」、「様式2-12-2-① 質問票(問診)」をご使用ください。

※ 東芝けんぽ総合健診、受診券を利用した特定健康診査を受診した結果は提出不要です。

健診項目	身体測定	身長		cm		
		体重		kg		
		腹囲		cm	※40歳未満で未実施の場合のみ空欄可	
		BMI				
	血圧	最高/最低 (mmHg)	/			
	脂質	中性脂肪(トリグリセリド)		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	※LDLコレステロールがない場合は必須	
	肝機能	AST (GOT)		IU/l		
		ALT (GPT)		IU/l		
		γ-GT (γ-GTP)		IU/l		
	血糖	血糖値		mg/dl		
		HbA1c (NGSP)		%	※採血時間「4.食後3.5時間未満」の場合、必須	
	腎機能	血清クレアチニン		mg/dl		
	貧血検査	赤血球数(RBC)		万/mm ³	実施した場合、ご記入ください	
		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			

※表にある項目全てを受診していない場合は、国への報告条件を満たしていないため提出不要です。
保険診療で受診した検査は、補助金申請の対象外のため報告不要です。

裏面あり ⇒

質問票（問診）

被保険者等記号・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2-4-1）保健事業補助金申請書 <input type="checkbox"/> 健診断費用の領収書（原本） <input type="checkbox"/> （様式2-12-1-②）健診結果報告書 <input type="checkbox"/> （様式2-12-2-②）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。
お問い合わせ先 送付先	郵 送： 〒222-0033 神奈川県横浜市港北区新横浜2-8-12 アテンド オン タワー8F 東芝健康保険組合 レセプト管理センター 保健事業担当 宛 社内便： （ケンボ） [レセ管C] 保健事業担当 TEL： 045-273-4901