

# 別紙1

決	課長	担当	資格区分	第1種組合員	配偶者
			健診の種類	人間ドック・その他	
済			費用額	円	
			支給額	円	

## 人間ドック等における特定健診分のデータ提出費用に係る申請書(限度額5,000円) (第1種組合員及び第1種組合員の配偶者が対象となります。)

人間ドック等 を受けた者	被保険者証	記号	86-	番号	
	フリガナ				男・女
	氏名				
	生年月日	昭和	年	月	日
検査の種類		人間ドック等健診の内、特定健康診査に係る分			
<p>上記人間ドック健診等における特定健康診査費用について、別紙領収書を添えて申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>※申請者 住所 氏名 電話</p> <p>東京都医師国民健康保険組合理事長殿</p>					

- 人間ドック健診等を受ける医療機関は、自己の所属する医療機関ではないこと。
- この申請書の提出には、当該医療機関が発行する人間ドック健診の内、特定健診に係る分の費用が明確に判る「領収書」が必要です。
- 健診の日現在、第1種組合員及び第1種組合員の配偶者が対象となります。

送金指定先	銀行名	銀行			本・支店
	口座種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人 (受領者)				
委任状	<p>※上記申請者と口座名義人が、異なる場合のみ記入して下さい。</p> <p>特定健康診査費用の受領を_____に委任します。</p> <p>※申請者 住所(申請者に同じ)</p> <p>氏名_____ 印</p> <p>東京都医師国民健康保険組合理事長殿</p>				

執行日 \_\_\_\_\_ 処理日 \_\_\_\_\_ 受付日 \_\_\_\_\_

処理欄	整理No.	処理簿	受給資格
			有・無 月 日

フリガナ		1.男	登録医療機関番号	
氏名		2.女	健診年月日	年 月 日
生年月日	昭和 年 月 日( 歳)		受診券有効期限	年 月 日
住所	〒		受診券番号	
			保険者番号	
			被保険者証等 記号番号	

既往症	1.あり	(病歴:①高血圧 ②低血圧 ③不整脈 ④高脂質血症 ⑤高尿酸血症 ⑥腎不全以外の腎疾患 ⑦糖尿病 ⑧肝臓病 ⑨胃・十二指腸潰瘍 ⑩うつ ⑪骨粗鬆症 )	2.なし
自覚症状	1.あり	(病歴:①胸部圧迫感②心悸亢進・動悸③息切れ④不眠⑤肩こり・腰痛⑥手足のしびれ感⑦目眩・立眩み ⑧頭痛・耳鳴り⑨いつも調子が悪い⑩胸が張っている⑪下痢⑫便秘⑬下痢と便秘⑭痔の傾向 )	2.なし
他覚症状	1.あり	(病歴:①眼瞼結膜蒼白(+) ②浮腫・眼瞼(+) ③肝臓肥大(+) ④浮腫・下腿⑤心音不純⑥不整脈あり )	2.なし

◆基本検査項目			保健指導 判定値	受診勧奨 判定値	測定不能 チェック	◆詳細な健診			保健指導 判定値	受診勧奨 判定値	測定不能 チェック	
身体計測	身長	cm				貧血検査	ヘマトクリット	%				
	体重	kg					血色素量	g/dl	M:13.0以下 F:12.0以下	M:11.0以下 F:12.0以下		
	腹囲	cm	M:85 F:90以上					赤血球	万/mm <sup>3</sup>			
		1.実測 2.自己測定 3.自己申告						実施理由	1.既往歴により 2.医師の診察結果			
BMI	25以上											
血圧測定	収縮期	mmHg	130以上	140以上		心電図	所見なし					
	拡張期	mmHg	85以上	90以上			所見あり[1:軽度異常2:異常3:要観察4:要精査]					
	1.1回目 2.2回目 3.その他						実施理由	1:前年度の健診結果 2.医師の診察結果				
血中脂質	中性脂肪	mg/dl	150以上	300以上		眼底検査	所見なし・所見あり					
	HDL-コレステロール	mg/dl	40未満	34以下			KW	1.0 2.I 3.IIa 4.IIb 5.III 6.IV				
	LDL-コレステロール	mg/dl	120以上	140以上			シェイエス	1.0 2.1 3.2 4.3 5.4				
1.1回目 2.2回目 3.その他					シェイエH		1.0 2.1 3.2 4.3 5.4					
肝機能	GOT	u/l	31以上	51以上		その他						
	GPT	u/l	31以上	51以上		実施理由	1:前年度の健診結果 2.医師の診察結果					
	r-GTP	u/l	51以上	101以上								
糖尿病	血糖値	mg/dl	100以上	126以上		メタボリック シンドローム判定	1.基準該当					
	1.空腹 2.随時						2.予備群該当					
	HbA1c (NGSP)	%	5.6以上	6.5以上			3.非該当					
尿検査	糖	1.- 2.± 3.+ 4.++ 5.+++				4.判定不能						
	たん白	1.- 2.± 3.+ 4.++ 5.+++										

## ◆医師の判断

[所見]

1.異常認めず 2.要観察 3.要指導 4.治療中 5.要医療

フリガナ

医師名 :

# 健康診査問診票

下記の質問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。)

<p>1. 現在、AからCの薬の服用の有無</p> <p>A. 血圧を下げる薬を服用していますか。 ( 1. はい 2. いいえ )</p> <p>B. インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。( 1. はい 2. いいえ )</p> <p>C. 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 )</p> <p>2. 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 )</p> <p>3. 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 )</p> <p>4. 医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。( 1. はい 2. いいえ )</p> <p>5. 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 )</p> <p>6. 現在、たばこ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、「合計100本以上又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者 ( 1. はい 2. いいえ )</p> <p>7. 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。( 1. はい 2. いいえ )</p> <p>8. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上1年以上実施していますか。( 1. はい 2. いいえ )</p> <p>9. 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 )</p> <p>10. 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 )</p> <p>11. この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか。( 1. はい 2. いいえ )</p>	<p>12. 人と比較して食べる速度が速いですか。 ( 1. 早い 2. ふつう 3. 遅い )</p> <p>13. 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 )</p> <p>14. 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが、週に3回以上ありますか。( 1. はい 2. いいえ )</p> <p>15. 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。( 1. はい 2. いいえ )</p> <p>16. お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 ( 1. 毎日 2. 時々 3. 殆んど飲まない(飲めない。) )</p> <p>17. 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 清酒1合(180ml)の目安 ・ビール中瓶1本(約500ml) ・焼酎35度(80ml) ・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 )</p> <p>18. 睡眠で休養が十分とれていますか。( 1. はい 2. いいえ )</p> <p>19. 運動や食生活等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ヶ月以内) 3. 近いうちに(概ね1ヶ月以内)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ヶ月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる。(6ヶ月以上)</p> <p>20. 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 )</p>
---	--