

決 裁	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	
			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。)

を人間ドック等 受けた者	被保険者証	記号	86-	番号	
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	昭和 年 月 日			満 歳
検査の種類		人間ドック等健診のうち、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>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>※申請者 氏名</p> <p>電話番号</p> <p>東京都医師国民健康保険組合 理事長 殿</p>					

1 2 3
 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うち、特定健康診査に係る分の費用が明確にわかる「領収書」が必要です。
 同一年度内に特定健診と併用することはできません。
 (当該年度中に40歳に達する方、40歳～74歳の第1種組合員とその配偶者(『家族』の被保険者証をお持ちの方)が対象となります。)

送 金 指 定 先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合		支店 本店 出張所
	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、記入してください。</p> <p>特定健康診査費用の受領を_____に委任します。</p> <p>住所(申請者に同じ)</p> <p>※申請者 氏名_____⑩</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

特定健康診査結果通知票

東京都医師国民健康保険組合

フリガナ		1. 男	登録健診機関番号												
氏名		2. 女	健診年月日	2	0		年		月		日				
生年月日	昭和	年	月	日	(歳)	受診券有効期限	2	0		年		月		日
住所	〒						受診券整理番号								
							保険者番号	00133223							
							被保険者証等 記号番号	記号	86-			番号			

◆ 既往歴・自覚症状・他覚症状

既往歴	1. あり	(病歴: ①高血圧 ②低血圧 ③不整脈 ④高脂質血症 ⑤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
身体計測	身長	cm	***	
	体重	kg	***	
	腹囲	cm	M:85, F:90以上	
		1. 実測 2. 自己測定 3. 自己申告		
BMI		25以上		
血圧測定	収縮期	mmHg	130以上	140以上
	拡張期	mmHg	85以上	90以上
	1. 1回目 2. 2回目 3. その他			
血中脂質	中性脂肪	mg/dl	150以上	300以上
	HDL-コレステロール	mg/dl	39以下	34以下
	LDL-コレステロール	mg/dl	120以上	140以上
	non-HDLコレステロール	mg/dl	150以上	170以上
肝機能	AST(GOT)	U/l	31以上	51以上
	ALT(GPT)	U/l	31以上	51以上
	γ-GTP	U/l	51以上	101以上
糖尿病	血糖値	mg/dl	100以上	126以上
		1. 空腹 2. 随時		
	HbA1c	%	5.6以上	6.5以上
尿検査	糖		1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++	
	たん白		1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++	

◆ 詳細な健診

		保健指導 判定値	受診勧奨 判定値	測定 不能
貧血検査	ヘマトクリット	%		
	血色素量	g/dl	M:13.0以下 F:12.0以下	M:12.0以下 F:11.0以下
	赤血球	万/mm3		
実施理由	1. 既往歴により 2. 医師の診察結果			
心電図	所見なし 所見あり [1:軽度異常 2:異常 3:要観察 4:要精検]			
実施理由	1. 健診結果 2. 医師の診察結果			
眼底検査	所見なし・所見あり			
	kw	1. 0 2. I 3. IIa 4. IIb 5. III 6. IV		
	シエイS	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4		
	シエイH	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4		
その他				
実施理由	1. 健診結果 2. 医師の診察結果			
血清クレアチニン	血清クレアチニン	mg/dl		
	eGFR	ml/min/1.73m ²	60以下	45以下
実施理由	1. 健診結果 2. 医師の診察結果			

◆ メタボリックシンドローム判定

メタボリックシンドローム判定	1. 基準該当 2. 予備群該当 3. 非該当 4. 判定不能
----------------	---------------------------------

◆ 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。)

1～3は、現在薬の使用の有無(医師の判断・治療のもとで服薬中のもの)		
1	血圧を下げる薬	1 はい 2 いいえ
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射	1 はい 2 いいえ
3	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、たばこを習慣的に吸っている。(「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6か月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者)	1 はい 2 いいえ
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又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	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、かみ合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 ふつう 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	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日当たりの飲酒量 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る。	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 既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