

# 被扶養者（家族）特定健診結果送付票

記入日	令和 年 月 日	※太枠内のみご記入下さい		
健康保険証		被保険者氏名		事業所名称（任意継続の方は不要）
記号	番号（右詰め）			
				日中の連絡先（ ）
受診者	氏名		昭和 年 月 日生まれ（満 歳）	平成
	住所	〒		
	病院名		受診日	令和 年 月 日

対象者	パレット健康保険組合加入者の被扶養者（家族）、任意継続者 ※以下の方は対象外です。 特定健診受診券を使用した方 東振協 婦人生活習慣病予防健診を受診した方 人間ドックを受診した方
提出書類	①被扶養者（家族）特定健診結果送付票（本用紙） ②問診票 ③健診結果表全ページ（写）
結果表に右記の項目に漏れがないかご確認ください （右記項目すべて結果数値が必要です）	身体測定 <input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 腹囲 血圧 <input type="checkbox"/> 収縮期血圧 <input type="checkbox"/> 拡張期血圧 生化学検査 <input type="checkbox"/> 中性脂肪 <input type="checkbox"/> HDLコレステロール <input type="checkbox"/> LDLコレステロール <input type="checkbox"/> GOT（AST） <input type="checkbox"/> GPT（ALT） <input type="checkbox"/> γ-GT（γ-GTP） 血糖検査 <input type="checkbox"/> 空腹時血糖またはHbA1c 尿検査 <input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 尿蛋白
申請回数	年度内1回。受診期間は4/1～翌年3/31まで
送付先 お問い合わせ先	パレット健康保険組合 健康推進担当 TEL03-3984-7171（平日9：30～17：00） 〒171-0022 東京都豊島区南池袋1-10-13 荒井ビル2階
・受領した健診結果に基づき、疾病予防、健康保持増進のための保健指導を実施いたします。 ・本書面及び添付書類に記載された内容や本申請において知り得た個人情報について他の目的のために利用したり第三者に提供することはありません。	

支払日	受付日

--	--	--	--

この問診票は、特定健診対象者（40歳以上）で基本ドック、または脳ドックを受診した方全員ご記入ください。人間ドックの結果表（写し）とともに人間ドック補助費申請書に添付しご提出ください。※東振協D1コースやがん検診のみ受診した方は提出不要です。

## 問 診 票

記号	番号	健診年月日	令和	年	月	日
フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
氏名		性別／年齢	男	・	女	／ 歳

■ 回答欄の該当するものに☑印を記入してください。

No.	質問項目	回答
1	血圧を下げる薬の使用の有無	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射の使用の有無	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬の使用の有無	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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言われたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	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、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1ヶ月間吸っている 条件2:生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ(上記以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯茎、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 <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 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: 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)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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すか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである (概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1ヶ月以内) 改善するつもりで、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6か月未満) <input type="checkbox"/> 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、これまでに特定保健指導を受付けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ