

## 健康診断結果報告書の記載要領等について (本報告書は特定健診を受けた方は使用できません)

### ◆実施期間

- ・2019年4月1日～2020年3月31日までの受診分

### ◆対象者

- ・2019年度において、40歳以上75歳未満の被保険者（本組合より特定健康診査受診券が交付されている方）で、特定健診を受診しておらず、事業主健診（定期健康診断）や人間ドック等の健診を受診し、特定健診の検査項目を網羅する健診結果をお持ちの方。但し、2019年度中に特定健診を受ける予定がない方。（受診する時間がない方等）

※本報告書を提出いただくと、特定健診の検査結果として本組合で登録し、2019年度の特定健診を受診したものとみなします。

### ◆報告方法

- ①事業主から、特定健診の対象者である従業員（乙種組合員）の事業主健診結果を本報告書（1人1枚）にまとめて報告する。
- ②特定健診対象者（甲種組合員・乙種組合員・家族）が各人にて本報告書により報告する。

※①と②の報告が重複しないようご注意ください。（特に乙種組合員）

### ◆健康診断結果の項目

#### ①基本データ

被保険者証記号・番号、受診者氏名、生年月日、性別、受診年月日、実施機関の名称・所在地・担当医師名

#### ②健診項目

診察（既往歴、自覚症状、他覚症状）、身長、体重、BMI、腹囲、血圧、脂質（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール又はNon-HDL コレステロール）、空腹時血糖（又はヘモグロビンA1c）、肝機能（GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP）、尿検査（尿糖、尿蛋白）

#### ③質問票

服薬歴、喫煙歴など

※①②③の項目に空欄があると登録できません。（いずれか）以外の項目には全て記入してください。

### ◆報告に必要な書類

#### ・健康診断結果報告書・質問票

- 受診者（報告者）の被保険者証記号・番号と氏名、性別等を記入してください。
- 受診年月日、実施機関、診察及び検査成績を記入してください。
- 裏面の質問票も必ず記入してください。

#### ・特定健康診査受診券（緑色）

- 健康診断結果報告書に添付してください。

### ◆報告期間

- ・2020年4月末日まで（受診期間は2020年3月31日まで）

※本報告書を国保組合へ提出された場合は、特定健診は受診できません。

# 健康診断結果報告書

(特定健診結果として登録します)

| 受診者の被保険者証記号・番号           |  | 受診者氏名 (フリガナ) | 生年月日     | 性別  | 有効期間                        |
|--------------------------|--|--------------|----------|-----|-----------------------------|
| 福医                       |  | フリガナ         | 昭和 年 月 日 | 男・女 | 自 2019年4月1日<br>至 2020年3月31日 |
|                          |  | 印            |          |     |                             |
| ※報告者(事業主)の氏名<br>並びに医療機関名 |  | フリガナ         | 医療機関名    |     |                             |
|                          |  | 印            |          |     |                             |

↑受診者本人が報告する場合は※報告者(事業主)の記入の必要はありません。

| 受診年月日 | 2019年 月 日 |  |
|-------|-----------|--|
| 実施機関  | 名称        |  |
|       | 所在地       |  |
|       | 担当医師名     |  |

| 診察 | 既往歴  | 1. 特記事項あり ( ) 2. 特記事項なし |
|----|------|-------------------------|
|    | 自覚症状 | 1. 特記事項あり ( ) 2. 特記事項なし |
|    | 他覚症状 | 1. 特記事項あり ( ) 2. 特記事項なし |

| 検査成績        | 身体計測                                  |   | 血 圧      | 血液化学検査    |           | 肝機能検査     |
|-------------|---------------------------------------|---|----------|-----------|-----------|-----------|
|             | 身長 ( ) cm                             |   | 最高       | 中性脂肪      |           | AST (GOT) |
|             | 体重 ( ) kg                             |   | ( ) mmHg | ( ) mg/dl |           | ( ) U/L   |
|             | BMI ( )                               |   | 最低       | HDL-C     |           | ALT (GPT) |
|             | 腹囲 ( ) cm                             |   | ( ) mmHg | ( ) mg/dl |           | ( ) U/L   |
|             | 採血時間                                  |   |          | (いずれか)    |           | γ-GPT     |
|             | <input type="checkbox"/> 空腹時(食後10h以上) | <input type="checkbox"/> 随時(食後3.5h~10h未満) |          | LDL-C     | Non-HDL-C |           |
|             | <input type="checkbox"/> 食後3.5h未満     |   |          | ( ) mg/dl | ( ) mg/dl | ( ) U/L   |
| 血糖検査 (いずれか) |                                       |   | 尿 (定性)   |           |           |           |
| 空腹時血糖       | 随時血糖                                  | HbA1c                                     | 尿糖       | 尿蛋白       |           |           |
| ( ) mg/dl   | ( ) mg/dl                             | ( )% [NGSP 値]                             | ( )      | ( )       |           |           |

| 医師の判断 | メタボリック<br>シンドローム判定 | 1. 基準該当 2. 予備軍該当 3. 非該当 4. 判定不能      |
|-------|--------------------|--------------------------------------|
|       | 所 見                | 1. 異常認めず 2. 要観察 3. 要指導 4. 治療中 5. 要医療 |
|       | 判断を実施した医師の氏名       |                                      |

| 注<br>意<br>事<br>項 | 1. (いずれか) 以外の項目はすべて記入してください。  |
|------------------|---|
|                  | 2. 健診実施時点で当組合の資格が無い方は報告できません。   |
|                  | 3. この報告書で健診結果を提供していただくと、組合の特定健康診査のデータとして登録し、メタボリックシンドロームの階層化を経て、保健指導を利用することができます。 |
|                  | 4. この報告書は、組合の特定健康診査のデータとして匿名化され、部分的に国へ提出されますので、ご了承の上、報告願います。                      |
|                  | 5. 裏面の質問票も、必ず記入してください。  |

※この申請にかかる個人情報、特定健康診査・特定保健指導以外の目的には使用いたしません。

## 質 問 票 (対象者記入)

|         |               |       |               |           |   |   |    |     |
|---------|---------------|-------|---------------|-----------|---|---|----|-----|
| 受診券整理番号 | 1 9 5 0 0 0 0 | 保険者名  | 福岡県医師国民健康保険組合 |           |   |   |    |     |
|         |               | 保険者番号 | 00403030      |           |   |   |    |     |
| フリガナ    |               | 生年月日  | 昭和            | 年         | 月 | 日 | 性別 | 男・女 |
| 対象者氏名   |               |       |               |           |   |   |    |     |
| 自宅住所    | 〒 -           |       |               |           |   |   |    |     |
| 連絡先     | Tel ( ) -     |       |               | FAX ( ) - |   |   |    |     |

※自宅住所・連絡先も必ずご記入下さい

| 質問項目            |   | 回 答  |                          |
|-----------------|---|--|--------------------------|
|                 |   | ① はい   | ② いいえ                    |
| 現在、aからcの薬の使用の有無 |   |  |                          |
| 1-3             | 1 a. 血圧を下げる薬  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
|                 | 2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
|                 | 3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 4               | 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると<br>言われたり、治療を受けたことがある。  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 5               | 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると<br>言われたり、治療を受けたことがある。   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 6               | 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると<br>言われたり、治療(人工透析等)を受けたことがある。                                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 7               | 医師から貧血と言われたことがある。   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 8               | 現在、たばこを習慣的に吸っている。<br>(※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は<br>6ヶ月以上喫煙している者」であり、最近1ヶ月も喫煙している者) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 9               | 20歳の時の体重から10kg以上増加している。   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 10              | 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 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<br>している。  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 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"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる。<br>② <input type="checkbox"/> 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。<br>③ <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。   | ① 速い <input type="checkbox"/> ② 普通 <input type="checkbox"/> ③ 遅い <input type="checkbox"/>  |                          |
| 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"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> ② 時々 <input type="checkbox"/><br>③ ほとんど摂取しない <input type="checkbox"/>  |                          |
| 17              | 朝食を抜くことが週に3回以上ある。   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 18              | お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒等)を飲む頻度   | ① 毎日 <input type="checkbox"/> ② 時々 <input type="checkbox"/><br>③ ほとんど飲まない(飲めない) <input type="checkbox"/>   |                          |
| 19              | 飲酒日の1日当たりに飲酒量<br>日本酒1合(180ml)の目安:ビール約500ml、焼酎25度(110ml)、<br>ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) | ① 1合未満 <input type="checkbox"/>  |                          |
|                 |   | ② 1~2合未満 <input type="checkbox"/>  |                          |
|                 |   | ③ 2~3合未満 <input type="checkbox"/>  |                          |
|                 |   | ④ 3合以上 <input type="checkbox"/>  |                          |
| 20              | 睡眠で休養が十分とれている。  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 21              | 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思う。  | ① 改善するつもりはない <input type="checkbox"/>  |                          |
|                 |   | ② 改善するつもりである<br>(概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/>   |                          |
|                 |   | ③ 近いうちに改善するつもりであり、<br>少しずつ始めている<br>(概ね1ヶ月以内) <input type="checkbox"/>  |                          |
|                 |   | ④ 既に改善に取り組んでいる<br>(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/>   |                          |
|                 |   | ⑤ 既に改善に取り組んでいる<br>(6ヶ月以上) <input type="checkbox"/>   |                          |
| 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する。   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |