

# 健康診断結果登録シート

取得した個人情報、特定健診データとして利用します。他への転用はいたしません。

- 1) 特定健診データの登録及び同データに基づく保健指導  
2) 保健指導を目的とした連絡

なお、第三者に業務を委託します。以上をご了解・ご同意のうえで提出をお願いします。

記入日 年 月 日

建設連合国民健康保険組合

被保険者証記号番号			受診年月日(西暦)	/	/	
(フリガナ) 名前		男・女	受診健診機関名 (健診機関電話番号)			
生年月日(西暦)			所在地(市区町村)			

健診結果票 (以下の検査項目の結果をすべてご記入ください)

(基準値)

身体測定	身長	cm	血中脂質検査	中性脂肪 (トリグリセリド)	150	mg/dl
	体重	kg		LDL コレステロール	120	mg/dl
	BMI	kg/m <sup>2</sup>		HDL コレステロール	40	mg/dl
血圧	腹囲(実測)	cm	肝機能検査	GOT (AST)	31	U/I
	収縮期血圧 (最高血圧)	mmHg		GPT (ALT)	31	U/I
	拡張期血圧 (最低血圧)	mmHg		γ-GT(γ-GTP)	51	U/I
尿検査	尿蛋白 (○をつける)	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++	血糖検査 (いずれかの項目を記入してください)	空腹時血糖 (グルコース)	100	mg/dl
	尿糖 (○をつける)	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++		随時時血糖 (グルコース)	100	mg/dl
				HbA1c (ヘモグロビンA1c)	5.6	%
医師の診断(判定) 内容が一番近いものを選択(○をつける)	※複数の所見記載ある場合、診断結果が一番悪いものに○(1から順に診断が悪く、7が最も悪い) 1.異常なし 2.軽度異常 3.経過観察 4.再検査 5.要精密検査 6.要治療 7.治療中					診断した医師名
※他覚症状 (理学的所見) (内科診察所見)	1:あり 2:なし (○をつける) ※1:ありの場合以下に具体的な所見を1つ以上ご記入ください [ ]					

※他覚症状(理学的所見)(内科診察所見)は文章で記載されているものです。見当たらない場合は、『2:なし』に○をつけてください。

問診項目(ご自身の状況をお答えください ※既往歴・自覚症状は複数回答可)

既往歴 ※○をつける	1. 特になし 2. 高血圧 3. 糖尿病 4. 高脂血症 5. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 6. 心臓病(狭心症・心筋梗塞等) 7. 慢性腎不全 8. 貧血 9. その他		
自覚症状 ※○をつける	1. 特になし 2. 動悸・息切れ 3. 目まい 4. 胸やけ 5. 便秘・下痢 6. 痔 7. 残尿感 8. 耳鳴り 9. 肩こり 10. 腰痛 11. せき 12. その他		
服薬(血圧) ※○をつける	服薬(血糖) ※○をつける	服薬(脂質) ※○をつける	喫煙 ※○をつける
1:あり 2:なし	1:あり 2:なし	1:あり 2:なし	1:あり 2:なし

## 健康診断結果登録シート提出のお願い

特定健康診査の受診率向上のため、以下①と②の両方に該当する場合は、健康診断結果登録シートにご記入のうえ、領収書のコピーとともに人間ドック等補助金申請書に添付してください。

- ① 40歳以上の方（今年度に40歳となる方を含む）
- ② 今年度に行った健診は、当国保組合が主催した特定健診（集団健診など）ではなく、人間ドックや一般健康診断（定期健診や生活習慣病予防健診など）である。

### 《記入のしかた》

- ア 健診機関から渡された健診結果表から、該当する数値等を記入してください。
- イ 問診項目については、健診時に申告した状況を記入してください。

### 《主旨》

特定健診とは、メタボリックシンドロームに着目した健診で、年1回、40歳以上の方に受診が求められているものです。

当国保組合などの医療保険者は、特定健診及び特定保健指導の実施率を厚生労働省において全保険者分を公表することとされているため、受診率向上のための対策が不可欠です。

通常、特定健診の必須項目は、人間ドックや一般健康診断の健診項目に含まれることから、特定健診の受診率の向上に繋がりますのでご協力をお願いします。

連絡先

本部業務二課

フリーダイヤル 0120-76-1703