

特定健康診査結果報告書

① 組合員・被扶養者

保険証記号	番号
生年月日	昭和 年 月 日

← 組合員か被扶養者どちらかに○をつけてください。

フリガナ	氏名
令和 年 月 日	

①～③の太枠について必ず記入してください。

パート先や人間ドック等で健康診断を受診された方は、この報告書に記入して、組合員の勤務先の共済組合事務担当者を通じて提出いただくか、下記の宛先まで郵送にて提出してください。

検査結果③は、結果通知表のコピーを添付していただいても結構です。この報告書を提出いただくことにより共済組合にて健診結果を管理し、疾病予防に関する分析や国に統計データの報告を行います。

「総合健診」を受診された方、「特定健康診査受診券」を使って医療機関などで特定健康診査を受けられた方、「巡回健診」を受診された方はこの報告書の提出の必要はありません。

② 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。）

質問項目	回答
1-3 現在、医師の診断、治療のもとで、次のa～cの薬を服用していますか。	
1 a. 血圧を下げる薬	1. はい 2. いいえ
2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	1. はい 2. いいえ
3 c. 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、股卒中（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りますか。	1. はい 2. いいえ
8 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 「現在、たばこを習慣的に吸っている」とは、「合計100本以上、又は6か月以上吸っている」状態であり、最近1か月間も吸っている状態のことをいいます。	1. はい 2. いいえ
9 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	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年以上実施していませんか。	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時間以上実施していませんか。	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遅いですか。	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当てはまりますか。	1. 何でもかんで食べることができる 2. 歯や嚥ぐき、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 3. ほとんどかめない
14 人と比較して食べる速度が遅いですか。	1. 速い 2. ぶつう 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回以上ありますか。	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. はい 2. いいえ
17 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
18 お酒（清酒・焼酎・ビール・洋酒など）を飲む頻度はどれくらいですか。	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど摂取しない
19 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 〔日本酒1合（180ml）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 睡眠で体感が十分とれていますか。	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. すでに改善に取り組んでいる（6か月未満）
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

〒812-0044
福岡市博多区千代4丁目1番27号
福岡県自治会館6F

福岡県市町村職員共済組合
医療保健課

電話 (092) 651-2461
fax (092) 641-5040

③ 検査結果を下記に記入いただくか、結果通知表のコピーを添付してください。

検査項目	結果	単位
身長	cm	
体重	kg	
BMI		
腹囲	cm	
収縮期血圧(うえ)	mmHg	
拡張期血圧(した)	mmHg	
中性脂肪	mg/dl	
HDL-コレステロール	mg/dl	
LDL-コレステロール	mg/dl	
AST (GOT)	U/l	
ALT (GPT)	U/l	
γ-GT (γ-GTP)	U/l	
血糖(空腹時)	mg/dl	
ヘモグロビンA1c	%	
尿糖		
尿蛋白		

※食後に検査をして、随時血糖値を測定された方は(随時)と表記のうえ、結果を記入してください。

追加検査項目 (受診された場合のみ記入ください。)	結果	単位
ヘマトクリット値	%	
血色素量	g/dl	
赤血球数	10 ⁶ /mm ³	
心電図検査	所見	
眼底検査	所見	
腎機能検査	血クレアチニン eGFR	mg/dl ml/min/1.73 m ²

ご回答ありがとうございます。