

※本人が必ずご記入ください。医療機関へ持って行くものではありません。

# 健診結果送付票

裏面もご記入ください ▶

## 未利用の受診券(水色)と一緒に送付してください

送付日 月 日

受診券を利用せず、令和4年度にパート先等で健康診断を受診した方やかかりつけ医等の医療機関で受診した方が、健診結果を当共済組合へ送付するための用紙です。 **必須** の項目は必ずご記入ください。

健診受診者情報 <b>必須</b>				
組合員(被扶養者)証=健康保険証	記号		番号	
健診対象者 カナ氏名	カナ			
	氏名			
QUOカード送付先の住所	〒( )			
昼間の連絡先 電話番号		生年月日(西暦)	19 年 月 日生	

健診受診状況				
健診受診日 <b>必須</b>	年	月	日	※2022年4月1日以降の日付
健診を受診した医療機関	医療機関名			
	医療機関所在地	( )	都道府県 ( )	市区町村

健診結果項目				
※健診結果のコピーを提出いただける場合は記入不要です。				
身体計測 <b>必須</b>	身長	[cm]	血清クレアチニン	[mg/dl]
	体重	[Kg]	eGFR	[mL/min/1.73m <sup>2</sup> ]
	腹囲(★)	[cm]	貧血検査	ヘマトクリット値 [%]
	医療機関で測定していない場合は、自宅で測定いただいても結構です。 ★腹囲は立った状態で息を吐き、おへその高さでメジャーが地面と平行になるようにおなか周りを測ります。			血色素量 [g/dl]
血圧測定 <b>必須</b>	最高(収縮期)血圧	mmHg	心電図検査	所見なし
	最低(拡張期)血圧	mmHg		所見あり
血液検査 <b>必須</b>	中性脂肪(TG)	[mg/dl]	眼底検査	( )
	HDLコレステロール	[mg/dl]		所見なし
	LDLコレステロール	[mg/dl]	所見あり	
	総コレステロール	[mg/dl]	( )	
	AST(GOT)	[U/L]	キースワグナー分類(Keith-Wagener分類)	
	ALT(GPT)	[U/L]	0 I IIa IIb III IV	
	γ-GT (γ-GTP)	[U/L]	シェイエ分類(Sheie分類)(H:高血圧性変化)	
	空腹時血糖	[mg/dl]	0 1 2 3 4 5	
	随時血糖	[mg/dl]	シェイエ分類(Sheie分類)(S:動脈硬化性変化)	
	HbA1c(NGSP値)	[%]	0 1 2 3 4 5	
尿検査 <b>必須</b>	尿糖	- ± + ++ +++	裏面に問診があります →	
	尿蛋白	- ± + ++ +++		

送付先

〒530-8201  
大阪市北区中之島1-3-20 大阪市職員共済組合(担当:保健医療係)

逕送も利用可  
(組合員からの庁内便)

- 特定健診の健診項目( **必須** の項目)を満たしていない場合は、同封の受診券を利用し受診してください。
- ご記入いただいた住所等の個人情報はQUOカード送付の目的以外には利用しません。

キリトリ線

# 健診結果送付票

	【問診】 必須 の項目は必ずご記入ください。	あてはまるものに○をしてください。
必須	1 血圧を下げる薬を飲んでいますか。	① はい ② いいえ
必須	2 インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか。	① はい ② いいえ
必須	3 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	① はい ② いいえ
必須	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
必須	5 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞)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
必須	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(人工透析等)を受けたことがありますか。	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
必須	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、「合計100本以上、または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すか。	① はい ② いいえ
	11 日常生活において、歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	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速いですか。	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速いですか。	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 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回以上ありますか。	① はい ② いいえ
	18 お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)をどのくらいの頻度で飲みますか。	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日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 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 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