

特定健康診査の受診の際には、「特定健康診査問診票」を記入のうえ、「特定健康診査受診券」、「特定健康診査問診票」と「被保険者証」を併せて健診機関の窓口提出してください。

特定健康診査の詳細につきましては、同封しております「特定健康診査に関するご案内」をお読みください。

(被保険者証記号・番号 - -)

特定健康診査問診票

保険者番号 133033

受診券整理番号

受診者の氏名

生年月日 昭和 年 月 日 性別

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)

- 現在、次のaからcの薬を服用していますか。
 - 血圧を下げる薬 (1. はい 2. いいえ)
 - インスリン注射又は血糖を下げる薬 (1. はい 2. いいえ)
 - コレステロールを下げる薬 (1. はい 2. いいえ)
- 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)
- 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)
- 医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。(1. はい 2. いいえ)
- 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)
- 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、最近1か月間吸っていて、かつ今までに合計100本以上又は6か月以上吸ったことがある状態のことをいいます。)
 - はい
 - いいえ
- 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)
- 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上かつ1年以上実施していますか。(1. はい 2. いいえ)
- 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すか。(1. はい 2. いいえ)
- 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)
- この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか。(1. はい 2. いいえ)
- 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)
- 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)
- 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ありますか。(1. はい 2. いいえ)
- 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)
- お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。
(1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど飲まない(飲めない))
- 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。
清酒1合(180ml)の目安: ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)
(1. 1合未満 2. 1合以上～2合未満 3. 2合以上～3合未満 4. 3合以上)
- 睡眠で休養が十分とれていますか。(1. はい 2. いいえ)
- 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。
 - 改善するつもりはない
 - 改善するつもりである(概ね6か月以内)
 - 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
 - 既に改善に取り組んでいる(6か月未満)
 - 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
- 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)

特定健康診査受診券

平成 年 月 日交付

受診券整理番号

受診者の氏名

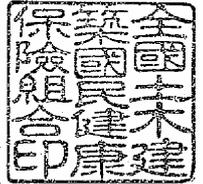
性別

生年月日 昭和 年 月 日

有効期限 平成 年 月 日

健診内容 特定健康診査

窓口での自己負担 1,000円



保険者番号 133033

保険者名称 全国土木建築国民健康保険組合

※ 問い合わせ先

契約とりまとめ機関名 ・ 全国の地区の医師会等
・ 日本人間ドック学会/日本病院会
・ 全日本病院協会

支払代行機関番号 91399022

支払代行機関名 東京都国民健康保険団体連合会

支払代行機関番号及び支払代行機関名は、実施機関の所在する国保連合会の番号・名称に読み替えてください。

(特定健康診査受診券裏面)

注意事項

- この券の交付を受けたときは、すぐに、下記の住所欄にご自宅の住所を自署してください。
(特定健康診査受診結果等の送付に用います。)
- 特定健康診査を受診するときには、この券と特定健康診査問診票と被保険者証を窓口に提出してください。
- 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。
- 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承のうえ、受診してください。
- 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承のうえ、受診してください。
- 被保険者の資格がなくなったときは、5日以内にこの券を保険者に返してください。
- 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。
- この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。

住所

〒	—