

# 特定健康診査結果報告書

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。

〒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

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、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
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、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	1. はい（条件1と条件2を両方満たす） 2. 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） 3. いいえ（①②以外）	
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
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. ぶつう
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）を飲む頻度はどのくらいですか。（※「やめた」とは、過去に1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	1. 毎日 2. 週5～6日 3. 週3～4日 4. 週1～2日 5. 月に1～3日 6. 月に1日未満 7. やめた 8. 飲まない（飲めない）	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安 ・ビール（同5度・500ml） ・焼酎（同25度・約110ml） ・ワイン（同14度・約180ml） ・ウイスキー（同43度・60ml） ・缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3～5合未満 5. 5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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ

① 組合員 ・ 被扶養者

← 組合員が被扶養者どちらかに○をつけてください。

保険証記号	番号	フリガナ
生年月日	昭和 年 月 日	氏名

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。③

受診日	令和 年 月 日	
医療機関名		
所在地 (市町村のみ)		
検査項目	結果記入欄	
身体計測	身長	cm
	体重	kg
	BMI	
	腹囲	cm
血圧	収縮期血圧 (うえ)	mmHg
	拡張期血圧 (した)	mmHg
血中脂質	中性脂肪 (空腹時・随時)	mg/dl
	HDL-コレステロール	mg/dl
	LDL-コレステロール	mg/dl
肝機能	AST (GOT)	U/l
	ALT (GPT)	U/l
	γ-GT (γ-GTP)	U/l
血糖	血糖 (空腹時・随時)	mg/dl
	ヘモグロビンA1c	%
尿	尿糖	
	尿蛋白	
追加検査項目(受診された場合のみ記入ください。)		
貧血	ヘマトクリット値	%
	色素量	g/dl
	赤血球数	10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>
心電図検査	所見	
眼底検査	所見	
腎機能検査	血清クレアチニン	mg/dl
	eGFR	ml/min/1.73 m <sup>2</sup>

ご回答ありがとうございました。