

特 定 健 康 診 査 質 問 票

※愛三健保が費用補助する健診を受診された方はご提出不要です。

愛三工業健康保険組合

保険証	記号		住所	〒 _____
	番号			
受診者名			電話番号	() _____ 未記入箇所などについて、ご連絡する場合があります
受診日	年 月 日		医療機関名	

No	質 問 項 目	回 答 欄
1-3	現在、aからcの薬を使用されていますか。	
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、またはインシュリン注射	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(脳梗塞、脳出血など)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがある。	①はい ②いいえ
5	医師から心臓病(心筋梗塞、狭心症など)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがある。	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言われたり、治療(人工透析)を受けたことがある。	①はい ②いいえ
7	医師から貧血と言われたことがある。	①はい ②いいえ
8	現在たばこを習慣的に吸っている。 条件1: 最近1ヶ月吸っている 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2を両方満たす) ②以前は吸っていたが最近1ヶ月は吸っていない(条件2のみ満たす) ③いいえ(①②以外)
9	20歳の時から体重が10Kg以上増加している。	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年以上実施している。	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る。	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性の人と比べて、歩く速度が速いと思う。	①はい ②いいえ
13	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあたりますか？	①何でも噛んで食べることができる。 ②歯や歯茎、かみ合わせなどが気になり噛みにくいことがある。 ③ほとんど噛めない。
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15	寝る前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある。	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飲食している。	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回以上ある。	①はい ②いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか？	①毎日 ⑤月1~3日 ②週5~6日 ⑥月1日未満 ③週3~4日 ⑦やめた ④週1~2日 ⑧飲まない(飲めない)
19	お酒を飲む量はどのくらいですか？(飲酒日の1日あたり飲酒量) ※1合=アルコール度数15度180ml ビール: 5度・500ml、焼酎: 25度・110ml、ワイン: 14度・180ml ウイスキー: 43度・60ml、缶チューハイ: 5度・500ml、7度・350ml	①1合未満 ⑤5合以上 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3~5合未満
20	睡眠で十分に休養がとれている。	①はい ②いいえ
21	運動や食生活など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ヶ月以内) ③近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ取り組んでいる。 ④既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ④既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
22	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健診結果表(コピー)②質問票 の2点を健康保険組合にご提出ください。

パート先等で受診した健康診断の結果をご提出ください

健康保険組合に加入する40歳以上の方は、1年に1回健康診断を受診することが定められており、健康保険組合はその実施状況を国へ届け出ることが義務づけられています。

パート先などで健診を受診された場合でも、その結果と質問票をご提出いただくことで実績となりますので、健康診断結果のご提出にご協力ください。

◆ご提出いただくもの

① 健診結果の写し

以下の項目がすべて含まれているか☑を入れてご確認ください。

項目		記載があるか チェック	項目		記載があるか チェック
日付	健診受診日	<input type="checkbox"/>	血液検査	AST(GOT)	<input type="checkbox"/>
場所	医療機関名	<input type="checkbox"/>		ALT(GPT)	<input type="checkbox"/>
身体測定	身長	<input type="checkbox"/>		γ-GT(γ-GTP)	<input type="checkbox"/>
	体重	<input type="checkbox"/>		空腹時血糖または HbA1c	<input type="checkbox"/>
	腹囲	<input type="checkbox"/>		中性脂肪 (TG)	<input type="checkbox"/>
血圧	血圧値	<input type="checkbox"/>		HDLコレステロール	<input type="checkbox"/>
尿検査	尿糖	<input type="checkbox"/>		LDLコレステロール	<input type="checkbox"/>
	尿蛋白	<input type="checkbox"/>			

② 特定健康診査質問票

※この用紙の裏面です。

すべての項目をご記入ください。

◆ご提出方法

社内便（〒21 健康保険組合）または

郵送（〒474-0074 大府市共栄町7-1-1 愛三工業健康保険組合 行）

ご提出いただいた方には、

Pepポイント（2,000ポイント）をプレゼント！

 登録がお済でない方は、今すぐご登録を 

ご登録はこちら 

※健保が補助する健診（人間ドック・地域巡回健診・特定健診受診券利用）を受けた方は対象外です。

【お問い合わせ先】愛三工業健康保険組合 ☎0562-48-1579