

健診結果提出用紙（被扶養配偶者パート先健診用）

パート・アルバイト等勤務先で受けた健診結果をお持ちの方は、この用紙をご記入の上、健診結果コピーと一緒に当組合に提出してください

※太枠内をすべてご記入ください

保険証	記号		事業所名	
	番号		フリガナ	
			被保険者氏名	
フリガナ			受診者の連絡先	(自宅・携帯)
受診者氏名				
生年月日	年	月	日	年齢
				歳
				受診日
				年
				月
				日

※以下の質問に、すべてお答えください

	質問項目	回答
服薬歴	現在、血圧を下げる薬を服用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
既往歴	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喫煙歴	現在、たばこを習慣的に吸っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

<必要な健診項目チェックシート> ※提出前のチェックにご利用ください

	チェック欄	チェック欄	チェック欄	
身体計測	身長		血糖	
	体重		空腹時血糖またはHbA1c	
	BMI		肝機能検査	
	腹囲			AST(GOT)
	血圧			ALT(GPT)
脂質検査	中性脂肪		γ-GT(γ-GTP)	
	HDLコレステロール		尿検査	
	LDLコレステロール			尿糖
	自覚症状の有無		尿たんぱく	
		診察した医師の氏名		
		医師の診断(判定)		
		他覚症状の有無		

確認事項
・健診結果に腹囲の記載がない場合は、チェック欄に数値をご記入ください。（自己測定で可）
・質問や健診項目に不足がありましたら、健診結果をデータ化することができませんのでPepポイントの付与対象外になります。もう一度内容に不足がないかご確認をお願いいたします。
・年度内に当健康保険組合の健康診断（はつらつ健診、人間ドック、WCC健診、集合健診等）を受診される場合はパート先の健診結果をご提出いただく必要はありません。
・ご提出いただいた健診結果は返送できません。原本はお手元に保管してください。

ご提出いただいた個人情報については保健事業のみに使用いたします