

この報告書は、特定健診の対象者である第一種組合員・世帯員のうち、特定健診の受診券を利用せず他の健診（人間ドック等）を受けた場合に報告いただくものです

※受診券を利用して特定健診を受けた場合は提出不要

令和4年度 特定健康診査項目結果報告書

| | | | |
|-------|----------|----|------------|
| 記号・番号 | ・ | 種別 | 第一種組合員・世帯員 |
| 氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日 | | (歳) |

| | | |
|--------|----------|-------|
| 健診年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 健診実施機関 | | 自院・他院 |

自家健診は可能ですが、自己健診は認められません

| | |
|----------------|--|
| 既往歴 | |
| 自覚症状 | |
| 他覚症状 (身体診察) | |

<基本的な健診項目(必須)>

| 項目 | | 結果 | |
|--|------------------|--------------|--------------|
| 身体計測 | 身長 | (cm) | 小数点以下1桁 |
| | 体重 | (kg) | 小数点以下1桁 |
| | B M I | | 小数点以下1桁 |
| | 腹囲 | (cm) | 小数点以下1桁 |
| 血圧 | 収縮期血圧 | (mmHg) | 2回測定した場合は平均値 |
| | 拡張期血圧 | (mmHg) | |
| 脂質検査 ※中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合はLDL-コレステロールに代えてNon-HDLコレステロールでもよい | 中性脂肪 | (mg/dl) | |
| | HDL-コレステロール | (mg/dl) | |
| | LDL-コレステロール | (mg/dl) | |
| | (Non-HDLコレステロール) | (mg/dl) | |
| 肝機能検査 | A S T (G O T) | (IU/l) | |
| | A L T (G P T) | (IU/l) | |
| | γ-G T (γ-G T P) | (IU/l) | |
| 血糖検査 ※いずれかで可 | 空腹時血糖 | (mg/dl) | |
| | H b A 1 c | (%) | 小数点以下1桁 |
| | (やむをえない場合) 随時血糖 | (mg/dl) | |
| 尿検査 | 尿糖 | -・±・+・++・+++ | |
| | 尿蛋白 | -・±・+・++・+++ | |

裏面につづく

<詳細な健診項目>

| 項目 | 結果 |
|------------|--|
| 心電図検査 | 所見 |
| 眼底検査 | 所見 |
| 貧血検査 | 赤血球数 (万/mm ³) |
| | 血色素量 (Hb ヘモグロビン) (g/dl) 小数点以下1桁 |
| | ヘマトクリット値 (%) 小数点以下1桁 |
| 血清クレアチニン検査 | 血清クレアチニン値 (mg/dl) 小数点以下2桁 |
| | e G F R (ml/min/1.73m ²) 小数点以下1桁 |

| | |
|-------------------|---|
| 医師の判断 ○をしてください | 異常なし ・ 要経過観察 ・ 要医療 ・ 要精密検査 ・ 治療継続 ・ 再検査 医師の氏名： |
|-------------------|---|

<参考>

○メタボリックシンドローム判定

ステップ1 腹囲を確認

男性 85cm以上 / 女性 90cm以上

※腹囲が基準値未満の場合は追加リスクに関係なく非該当

ステップ2 追加リスクの該当数を確認

① 血圧

収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上または薬剤治療中 (質問票)

② 脂質

中性脂肪 150mg/dl 以上またはHDLコレステロール 40mg/dl 未満または薬剤治療中 (質問票)

③ 血糖

空腹時 (随時) 血糖 110mg/dl 以上または HbA1c6.0% 以上または薬剤治療中 (質問票)

※両検査とも実施の場合は空腹時血糖の値で判定

判定

ステップ1に該当した場合、ステップ2追加リスクの該当数で判定

0個 … 非該当 / 1個 … メタボ予備群 / 2個以上 … メタボ該当

○特定保健指導該当判定

ステップ1 腹囲・BMIを確認

(1) 腹囲 : 男性 85cm以上/女性 90cm以上

↓(1)に該当しない場合に確認

(2) BMI : 25以上 (男女とも)

※腹囲・BMIともに基準値未満の場合は追加リスクに関係なく非該当

ステップ2 追加リスクの該当数を確認

① 血圧

収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上

② 脂質

中性脂肪 150mg/dl 以上またはHDLコレステロール 40mg/dl 未満

③ 血糖

空腹時 (随時) 血糖 100mg/dl 以上またはHbA1c 5.6% 以上

※両検査とも実施の場合は空腹時血糖の値で判定

※メタボリックシンドロームの判定とは基準値が異なります

④ 喫煙歴あり (上記1~3で1つ以上あてはまる場合のみカウント) (質問票)

判定

ステップ1に該当した場合、ステップ2追加リスクの該当数で判定

ステップ1で(1)に該当した場合

0個 … 非該当 / 1個 … 動機付け支援 / 2個以上 … 積極的支援

ステップ1で(2)に該当した場合

0個 … 非該当 / 1~2個 … 動機付け支援 / 3個以上 … 積極的支援

※65歳以上の人は、「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」となります

※降圧薬等を服用中の場合は、基準に該当しても特定保健指導の対象にはなりません (非該当)

医師国保組合使用欄

| | |
|--------------|----------------------------------|
| メタボリックシンドローム | 該当 ・ 予備群 ・ 非該当 |
| 保健指導 | 積極的支援 ・ 動機付け支援 ・ 服薬中 (非該当) ・ 非該当 |

質 問 票

受診者本人が記入

| NO | 質 問 項 目 | 選 択 肢 (該当に○でも可) | 回答欄 |
|-----|--|--|-----|
| 1-3 | 現在、a から c の薬の使用の有無 | | |
| 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る | ①はい ②いいえ | |
| 8 | 現在、たばこを習慣的に吸っている (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 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） | ①1合未満（飲まないを含む） ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上 | |
| 20 | 睡眠で休養が十分とれている | 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 | |

| | | | | |
|--------|-----|-----|-------|---|
| 決 裁 | 理事長 | 事務長 | 課長(補) | 係 |
| | | | | |

| |
|-------|
| 受付年月日 |
| |

令和 4 年度 健康診断補助金申請書

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------|-------|-------|-----|---|--|-----|--|--|--|--|--|
| 被保険者証 | 記号 | | | 番号 | | | | | | | | | |
| 健診受診者 氏名 | | | | 種別 | 第一種 | ・ | | 世帯員 | | | | | |
| 添付書類等 確認 | <input type="checkbox"/> 健診結果・質問票（1～3 ページ目に記入） <input type="checkbox"/> 領収書（コピー可、領収印が読み取れるもの） <input type="checkbox"/> 特定健康診査受診券 ※ない場合は下記に理由 1. 紛失（使用していない） 2. その他（ ） 注）受診券を使用した場合は補助対象となりません | | | | | | | | | | | | |
| 振込先口座 | 銀行・信金・信組 | | | 支店コード | | | | | | | | | |
| | 労金・農協 | | | 支店名 | | | | | | | | | |
| | 預金種別 | 1. 普通 | 2. 当座 | 口座番号 | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | | | | | |
| 上記により補助金の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者（組合員） 住所 氏名 長野県医師国民健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | | | | | | |

※太枠の中を記入してください

※申請者は組合員です

（医師世帯は第一種組合員または特別組合員、従業員世帯は第二種組合員）

※本申請の締切は、令和 5 年 4 月末日（必着）です

- 〈対 象〉 特定健診の対象者である 第一種組合員 および 世帯員
※40歳未満の方、第二種組合員（従業員）は補助対象ではありません
- 〈条 件〉 ・健診受診日が当該年度内であること
・特定健診の健診項目を満たした健診であること
・当組合が発行した「特定健康診査受診券」を使用していないこと
※「特定健康診査受診券」を使用した場合は補助できません
- 〈補助額〉 ・第一種組合員 上限 30,000円 ・世帯員 上限 20,000円

医師国保組合記入欄

| | | | |
|------|---|-----|---|
| 健診費用 | 円 | 補助額 | 円 |
|------|---|-----|---|