

NO	質問項目	選択肢	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、「これまでに合計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すか	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	

40歳～74歳の第二種組合員（従業員）様

令和5年度 特定健診のご案内

受診日時点で40歳～74歳の「第二種組合員（従業員）」が対象です。

※令和5年4月1日時点の被保険者の方にご案内しております。

勤務先で実施される事業者健診の健診結果を令和6年4月末までにご報告ください。（結果報告の方法は裏面をご覧ください）

※「事業者健診」とは、労働安全衛生法第66条に基づいて、事業者が実施しなければならない定期健康診断のことで、労働者は受診する義務があります。

※事業者健診の費用は、事業者が負担すべきものとされています。

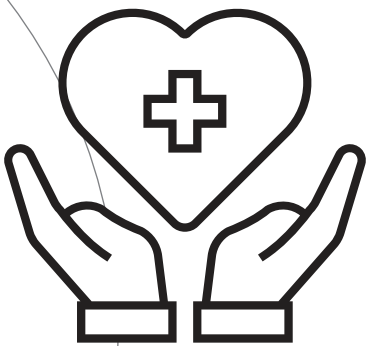
※法令上、事業者健診が優先されるため、従業員の方の特定健診の受診券は発行しません。

令和6年3月31日までに受診してください。

※年度末は医療機関が混み合うことが予想されます。余裕をもって受診してください。

健診結果受領後、該当の方に対して保健指導を行います。

※詳細は2ページをご覧ください。



長野県医師国民健康保険組合

事業者健診結果報告の流れ ☆提出締切：令和6年4月末

- ①従業員の方は事業者健診を受診後、以下の書類に必要事項をご記入の上、事業者へご提出ください。
- ◇特定健康診査項目結果報告書（本パンフレット3ページ）

＜基本的な健診項目＞はすべて記入してください。（健診結果(写)の添付があれば記入不要）

◇質問票（本パンフレット4ページ）
- ②事業者の方は、提出書類に記入漏れがないか確認いただき、対象従業員の方の上記書類をお取りまとめのうえ、「事業者健診結果報告用封筒」にて医師国保組合へご提出ください。

特定保健指導のご案内

健診結果受領後、メタボリックシンドローム該当者および予備群のうち、服薬管理を受けていない方に対し、レベル別（動機付け支援・積極的支援）に保健指導を行います。対象となる方には直接、特定保健指導利用券をお送りいたしますので、案内に従って保健指導をお受けください。

なお、保健指導終了までには数カ月かかるため、結果受領時期によっては保健指導のご案内ができない場合があります。

早めの健診受診、結果報告にご協力をお願いします。

よくある質問

- Q. 自家健診（自己の所属する医療機関での健診）はできますか？
- A. 可能です。また、特定健診実施機関でなくても受診いただけます。
- Q. 自己負担はありますか？
- A. 自己負担はありません。事業者健診の費用は事業者が負担し、特定保健指導（利用券による）の費用は医師国保組合が負担いたします。

ご不明なこと等がございましたら、下記までお問い合わせください。

長野県医師国民健康保険組合

〒380-8571 長野市大字三輪1316番地9 長野県医師会館内
TEL 026-217-6200

令和5年度 特定健康診査項目結果報告書

氏名	被保険者証 記号・番号		・		—				
生年月日	昭和	年	月	日	(歳)	性別	男	・	女
健診実施機関 ※自家健診可				健診年月日	令和	年	月	日	
既往歴									
自覚症状									
他覚症状(身体診察)									
基本的な健診項目			※すべて記入、または健診結果(写)添付のこと						
身体計測	身長			(cm)	小数点以下1桁				
	体重			(kg)					
	BMI								
	腹囲			(cm)					
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			(mg/dl)	※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				
	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	AST(GOT)			(IU/l)					
	ALT(GPT)			(IU/l)					
	γ-GT(γ-GTP)			(IU/l)					
血糖検査	空腹時血糖			(mg/dl)	※いずれかで可 ※やむをえない場合は随時血糖でもよい				
	HbA1c			(%) 小数点以下1桁					
	(随時血糖)			(mg/dl)					
尿検査	尿糖	—		・	±	・	+	・	+++
	尿蛋白	—		・	±	・	+	・	+++

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

裏面につづく

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