

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5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 (2回計測した場合は平均)	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)	
	H D L - コ レ ス テ ロ ー ル	(mg/dl)	
	L D L - 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	－ ・ 土 ・ + ・ ++ ・ +++	
	尿 蛋 白	－ ・ 土 ・ + ・ ++ ・ +++	

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
	ハ 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	健診結果を踏まえた医師の所見
判断した医師の氏名	

<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 HbA1c 6.0% 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）

医師国保組合記入

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(なし) / なし

質 問 票

受診者本人が記入

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、「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	

決 裁	理事長	事務長	課長(補)	係	受付年月日

令和5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	☐ 健診結果・質問票 (1～3ページ目に記入) ☐ 領収書 (コピー可、領収印が読み取れるもの) ☐ 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 労金・農協			支店コード				
				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 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6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具備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
------	---	-----	---