

(第1号様式)

職場等健診結果提供による記念品交付申請書

久留米市長 殿

※太枠の中をご記入ください。(裏面もあります)

年 月 日申請

健診を受けた被保険者とその内容	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			年 月 日
	住所	〒 - 久留米市		
	電話番号	日中に連絡が付きやすい電話番号をご記入ください。 () -		
	受診医療機関名		健診受診日	年 月 日
	確認項目	<input type="checkbox"/> 4月1日時点で、久留米市国民健康保険に加入している <input type="checkbox"/> 特定健康診査受診券を使用して、他に健康診断を受けていない		

職場等健診を受診しましたので、必要書類を添えて上記のとおり交付申請いたします。

記念品の交付を申請するにあたり、以下のことに同意します。

- 1 国民健康保険料の納付状況を調査すること
- 2 検査結果を特定健康診査の検査結果とし、保健事業等に使用すること
- 3 必要時、健診の受診結果について受診機関へ問い合わせること
- 4 特定保健指導の対象者となった際における利用券を送付すること
- 5 匿名化し、実施結果報告として部分的に国に提出すること
- 6 匿名化し、医療費適正化の観点から数値の分析を行うこと
- 7 申請後、国民健康保険特定健康診査を受診した場合は、記念品もしくは記念品相当額を返還すること

裏面の質問票の記載もお願いします。

久留米市記入欄

被保険者 記号番号	
受診券番号	

受付印

質問票 ※太枠の中をご記入ください。

No.	質問項目	回答		
1	現在、aからcの薬を飲まれていますか。	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
		b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
		c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	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	
3	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	
4	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	
5	医師から、貧血といわれたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
6	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方を満たす者 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい（条件1と条件2を両方満たす） <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ（条件1と2以外）		
7	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
8	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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
9	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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
10	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
11	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。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ほとんどかめない		
12	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふうふう <input type="checkbox"/> 遅い	
13	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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
14	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。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない		
15	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
16	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 ※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者の内、最近1年以上酒類を摂取していない者	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない）		
17	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上		
18	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
19	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。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりはある（概ね6か月以内） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）		
20	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
21	電話やSMSによる特定健康診査、がん検診等のご案内を市から行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	