

(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)

令和〇年〇月〇日申請

| | | | | |
|---|---------|---|-------|------------------|
| 健診を受けた被保険者とその内容 | ふりがな | くるめ くるっぱ | 生年月日 | 昭和 |
| | 氏名 | 久留米 くるっぱ | | 〇〇年 〇月 〇日 |
| | 住所 | 〒830-0022 久留米市城南町15番地5 | | |
| | 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。 (090) ×××× - ×××× | | |
| | 受診医療機関名 | 〇〇病院 | 健診受診日 | 令和 〇年 〇〇月 〇〇日 |
| | 確認項目 | <input checked="" 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 checked="" 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 市税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 | | | | |

裏面の問診表の記載もお願いします。

久留米市記入欄

| | |
|------------|--|
| 被保険者証 記号番号 | |
| 受診券番号 | |

| |
|-------|
| 受 付 印 |
| |

問診票 ※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 | |