

※本人が必ずご記入ください。医療機関へ持って行くものではありません。

受診券を利用しなかった方の健診結果送付票

未利用の受診券(水色)と一緒に送付してください

※裏面に問診があります

必須の項目は必ずご記入ください。

健診受診者情報 必須				
被保険者記号・番号*	記号	番号		
<small>※組合員(組合員被扶養者)証又は資格確認書等をご参照下さい。</small>	カナ			
健診対象者 カナ氏名	氏名			
QUOカード送付先の住所	〒()			
昼間の連絡先 電話番号		生年月日(西暦)	年	月 日生

健診受診状況 必須				
健診受診日	年	月	日	※2024年4月1日以降の日付
受診医療機関	医療機関名			
	医療機関所在地	()都道府県()市町村()区		

健診結果項目 <small>※健診結果のコピーを提出いただける場合は記入不要です。裏面の問診のみ記入してください。</small>					
身体計測 必須	身長	[cm]	医療機関で測定していない場合は、 自宅で測定いただいても結構です。 ★腹囲は立った状態で息を吐き、おへその高さでメジャーが 地面と平行になるようにおなか周りを測ります。		
	体重	[Kg]			
	腹囲(★)	[cm]			
血圧測定 必須	最高(収縮期)血圧	mmHg	その他	血清クレアチニン	[mg/dl]
	最低(拡張期)血圧	mmHg		eGFR	[ml/min/1.73m ²]
血液検査 必須	採血時間 食後()時間		貧血検査	ヘマトクリット値	[%]
	空腹時中性脂肪(TG)	[mg/dl]		色素量	[g/dl]
	随時中性脂肪(TG)	[mg/dl]		赤血球数	[万/mm ³]
	HDLコレステロール	[mg/dl]	心電図検査	所見なし	
	LDLコレステロール	[mg/dl]		所見あり	
	総コレステロール	[mg/dl]		()	
	Non-HDLコレステロール	[mg/dl]		所見なし	
	AST(GOT)	[U/L]	眼底検査	所見あり	
	ALT(GPT)	[U/L]		()	
	γ-GT(γ-GTP)	[U/L]		キースワグナー分類(Keith-Wagener分類)	
空腹時血糖	[mg/dl]	0 I IIa IIb III IV			
随時血糖	[mg/dl]	シェイエ分類(Sheie分類)(H:高血圧性変化)			
HbA1c(NGSP値)	[%]	0 1 2 3 4			
尿検査 必須	尿糖	- ± + ++ +++		シェイエ分類(Sheie分類)(S:動脈硬化性変化)	
	尿蛋白	- ± + ++ +++	0 1 2 3 4		

キリトリ線

送付先	〒530-8201 大阪市北区中之島1-3-20 大阪市職員共済組合(担当:保健医療係)
-----	---

逕送も利用可 (組合員からの庁内便)

- 特定健診の健診項目(必須)の項目を満たしていない場合は、同封の受診券を利用し受診してください。
- ご記入いただいた住所等の個人情報はQUOカード送付の目的以外には利用しません。

受診券を利用しなかった方の健診結果送付票

	【問診】 必須 の項目は必ずご記入ください。	あてはまるものに○をしてください。
必須	1 血圧を下げる薬を飲んでいますか。	① はい ② いいえ
必須	2 インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか。	① はい ② いいえ
必須	3 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	① はい ② いいえ
必須	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
必須	5 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞)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
必須	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(人工透析等)を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ
	7 医師から、貧血といわれたことがありますか。	① はい ② いいえ
必須	8 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を両方満たす者である。 条件1: 最近1か月吸っている 条件2: 生涯で6か月以上吸っている、または合計100本以上吸っている	① はい(条件1と条件2を両方満たす) ② 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) ③ いいえ(①②以外)
	9 20歳の時の体重から、10kg以上増加していますか。	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年以上実施していますか。	① はい ② いいえ
	11 日常生活において、歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	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ですか。	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ですか。	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回以上ありますか。	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回以上ありますか。	① はい ② いいえ
	18 お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか? (※「⑦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うち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	① 毎日 ② 週5~6日 ③ 週3~4日 ④ 週1~2日 ⑤ 月に1~3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた ⑧ 飲まない(飲めない)
	19 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 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(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)	① 1合未満 ② 1~2合未満 ③ 2~3合未満 ④ 3~5合未満 ⑤ 5合以上
	20 睡眠で休養が十分とれていますか。	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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ