

# 【40歳以上の被扶養者対象】

提出書類①

## パート先・自治体などで健診を受けた方へ

健診結果のコピーをご提出いただいた方には、QUOカード2,000円分を差し上げます！

特定健診に相当する健診を受け、その結果を証明する書面の提出を受けた場合は、健診を実施したものとみなされます。ぜひ、下記書類の提出にご協力くださいますよう、お願い申し上げます。

- 提出するもの ①送付票（この用紙）、②問診票（2ページ目）、③健康診断結果のコピー
- 提出締切 2023年度健診分 2024年3月15日（金）必着
- 提出先住所 〒530-0003 大阪市北区堂島3-4-2-8階  
オートバックス健康保険組合 健康センター（担当：横谷）

## 2023年度健診結果送付票

太枠内をすべてご記入ください ↓

記号・番号	-	フリガナ	
生年月日	年 月 日	被扶養者	
電話番号		指名	
健診を受けた医療機関名			
健診を受けた日		年 月 日	

健診結果のコピーに記載があることを確認し、チェック☑してください。項目に不足がある場合は受付できません ↓

身体測定	身長		
	体重		
	腹囲		
血圧	1回目（最高/最低）	※ 血圧は1回目のみでもOK	
	2回目（最高/最低）		
血液検査	脂質	中性脂肪（トリグリセライド）	
		HDLコレステロール	
		LDLコレステロールもしくはnon-HDLコレステロール	
	肝機能	GOT（AST）	
		GPT（ALT）	
		γ-GTP（GGT）	
血糖	①空腹時血糖（BS）	※ 血糖は①②③いずれか1つあればOK	
	②HbA1c（NGSP）		
	③随時血糖		
尿検査	尿糖	生理中などで尿検査を実施していない場合は、必ず理由を記入してください。	
	尿蛋白		※ 尿検査未実施理由（ ）

左記内容をご確認の上、同意欄にチェック（✓）をお願いします ↓

ご提出された健診データは、健康保険組合と事業所におけるコラボホルスにおいて、健康保険組合が委託する代行業者により保管されます。（オートバックス健康ドックの健診結果と同様の取り扱いとなります。）

■ お問い合わせ先 オートバックス健康保険組合 健康センター TEL：06-7670-3050

# 健康診断 問診票

提出書類②

受診者 情報	健康保険証 記号 番号										氏 名			
	記号					番号					フリガナ			
											漢字			

以下の22項目の質問に、当てはまる番号に○印をつけて下さい。 平成 年 月 日

質問項目		回答
1～3 現在、aからcの薬の使用の有無（※①）		
必須項目	1 a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2 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
	3 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
	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	6 医師から、慢性腎臓病や慢性の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
	7 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
必須項目	8 現在、たばこを習慣的に吸っている（※1） （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「現在までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	9 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
	10 1回30分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	13 食事をかんで食べるとき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
	14 人と比較して食べる速度が速い	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	18 お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない
	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）	<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合以上
	20 睡眠で休養が十分とれている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである（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）
	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※① 医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。