

# 【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	2024年度健診分 2025年3月7日（金）必着
■ 提出先住所	〒135-8717 東京都江東区豊洲5-6-52 NBFキャナルフロント オートボックス健康保険組合（担当：長峰）

## 2024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ヘルスにおいて、健康保険組合が委託する代行業者により保管されます。（オートボ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 オートボックス健康保険組合 TEL：03-6219-8830

# 健康診断 問診票

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。

令和 年 月 日

質問項目	質問項目	回答
1～3 現在、a から c の薬の使用の有無(※①)		
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
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方」とは、条件1と条件2を両方満たす方です。 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 <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
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
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方のうち、最近1年以上酒類を摂取していない方です。	<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)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は? 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
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、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

※① 医師の診断・治療のもとで服薬中の方を指します。