

# 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！

- 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 2025年度健診分 2026年1月15日（木）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）

## 2025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		氏名	
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 ↓

内科診察		
既往歴		
自覚症状		
他覚症状		
身体測定	身長	
	体重	
	腹囲	
	BMI	
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	空腹時中性脂肪（トリグリセライド）または随時中性脂肪
		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）
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。 ※ 尿検査未実施理由（ ）
	尿蛋白	
判断した医師の氏名		

※特定健診に相当する健診を受け、健保が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。

下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。）

# 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	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"/> ① はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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。