

被保険者等記号番号		受診者名		フリガナ		生年月日	
(記号) — (番号)						(西暦) 年 月 日	
住 所		〒 —		電話番号		※ 未記入箇所などについて、ご連絡する場合があります	
				() —			
受診日		20 年 月 日		医療機関名			

特定健康診査 質問票

下記質問 2 2 項目 について ☒ をご記入ください

No.	質 問 項 目	回 答
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、血糖を下げる薬 又は インスリン注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<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りますか。	<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者」とは、 <u>条件1</u> と <u>条件2</u> を両方満たす者である。 <u>条件1</u> ：最近1か月間吸っている <u>条件2</u> ：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（上記以外）
9	20歳の時の体重から、10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	<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時間以上実施していますか。	<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ですか。	<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ですか。	<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回以上ありますか。	<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回以上ありますか。	<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者のうち、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)
19	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
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	<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(概ね1か月以内)に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

※ お送りいただいた健診結果等は、国への実施報告等、健保組合の事業のみに使用させていただき、個人情報として責任を持って管理します

健診結果送付用チェックシート

健診結果の提出にご協力いただき ありがとうございます。

「特定健康診査 質問票」にご回答いただいてから、以下の「チェック項目」に沿ってご準備いただいた書類をご確認ください。

全ての項目を満たしている場合は、謝礼(QUOカード 1,000円分)を進呈させていただきます。

チ ャ ッ ク 項 目		チエック欄	
受診日は 令和7年度（令和7年4月1日～令和8年3月31日）の期間に入っている		<input type="checkbox"/>	
令和7年度 の期間に健保補助を利用して以下①～④の健診を受診していない ① 巡回健診 ② 人間ドック ③ 主婦健診 ④ 健保組合発行の「特定健康診査受診券」を利用した健診		<input type="checkbox"/>	
健診結果に受診日が記載されている		<input type="checkbox"/>	
健診結果に受診した医療機関名が記載されている（記載がない場合は余白にご記入ください）		<input type="checkbox"/>	
健診結果に特定健康診査項目14項目（①～⑭）の検査結果が記載されている （健診結果に①～⑤の記載がない場合は、ご自身で測定した値をカッコ()内にご記入ください）			
①	身長（ cm）	<input type="checkbox"/>	
②	体重（ kg）	<input type="checkbox"/>	
③	腹囲（ cm）	<input type="checkbox"/>	
④	BMI（肥満度）※（ ）	<input type="checkbox"/>	
⑤	血圧（ / ）	<input type="checkbox"/>	
⑥	血液検査 AST（GOT）	<input type="checkbox"/>	
⑦		ALT（GPT）	<input type="checkbox"/>
⑧		γ-GTP（γ-GT）	<input type="checkbox"/>
⑨		HDL-コレステロール	<input type="checkbox"/>
⑩		LDL-コレステロール	<input type="checkbox"/>
⑪		中性脂肪（TG）（トリグリセリド）	<input type="checkbox"/>
⑫		空腹時血糖 または HbA1C	<input type="checkbox"/>
⑬	尿検査 尿糖	<input type="checkbox"/>	
⑭		尿蛋白	<input type="checkbox"/>
「特定健康診査 質問票」はもれなく回答できている		<input type="checkbox"/>	

※ 計算式：BMI＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）

◆ 提出書類 ◆

- ① 健診結果のコピー
- ② 特定健康診査 質問票（回答済のもの）& 健診結果送付用チェックシート

◆ 提出締切 ◆

中間：令和7年12月31日(水)・・・2月初旬にQUOカード発送予定
最終：令和8年 4月30日(木)・・・6月初旬にQUOカード発送予定

◆ 提出方法 ◆

社内便（健康保険組合 保健事業グループ 行） または
郵送（〒448-0847 刈谷市宝町8-1 豊田自動織機健康保険組合 保健事業グループ 行）

