**職場健診結果提供書**

* **裏面の説明をお読みいただき、ご同意いただいたうえでご提出をお願いいたします**

【基本情報・問診】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 | 坂城町大字 | ふりがな  氏　　名 |  | 男・女 |
|  |
| 生年月日 | 昭和　　年　　月　　日（　　歳） | 電話番号 |  | |
| 質問1 現在、治療中または定期検査中の病気が  ありますか？  「はい」の場合は、該当する病名に☑をし、服薬の有無に〇をしてください。 | | 1.はい　 2.いいえ  □ 高血圧症　　　服薬　有 ・ 無  □ 糖尿病　　　　服薬　有 ・ 無  □ 脂質異常症　　服薬　有 ・ 無  □ その他（病名：　　　　　　　　　　）  服薬　有 ・ 無 | | |
| 質問2 現在、たばこを習慣的に吸っていますか？  　　　（電子タバコや加熱式タバコも含みます。）  条件①：過去６か月以上吸っている、  又は 合計100本以上吸っている。  条件②：最近１か月間吸っている。 | | 1.はい（条件①②に両方当てはまる）  2.過去吸っていたが、最近１か月は吸ってい  ない（条件①だけ当てはまる）  3.いいえ（上記1と2に当てはまらない） | | |
| 質問3 検査の際、食後10時間以上空いていまし  たか？ | | 1.はい　 2.いいえ | | |
| 質問4 自覚症状について、あてはまるものが  あれば○をしてください。 | | 1.頭痛・頭重　　2.肩のこり・はり  3.動悸・息切　　4.胸のしめつけ  5.膝･関節の痛み　6.むくみ　7.口のかわき  8.不眠　 9.その他（　　　　 　　　　　） | | |
| 質問5 生活習慣の改善について、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 | | |

**受診日 令和　　年　　月　　日　実施機関　　　 　　 　　　　診察医師名**

【身体計測・血圧測定・尿検査】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 身　長 | ．　 cm | 血圧（収縮期／拡張期） | | ／ 　　　 mmHg |
| 体　重 | ． 　 kg | 尿検査 | 糖 | － ・ ± ・ ＋ ・ ＋＋ ・ ＋＋＋ |
| ＢＭＩ | ． | 蛋　白 | － ・ ± ・ ＋ ・ ＋＋ ・ ＋＋＋ |
| 腹　囲 | ．　　cm | 潜　血 | － ・ ± ・ ＋ ・ ＋＋ ・ ＋＋＋ |

* 血液検査以外（身体計測・血圧測定・尿検査）で内容に不足がある場合は、保健センターにて無料で

測定することができます。詳しくは保健センターにお問い合わせください。

【血液検査】下記の項目へ記入し、検査結果のコピーを併せてご提出ください。

　　　　　　（保健センターにご持参いただければ、その場でコピーを取らせていただきます。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 脂質 | 中性脂肪（TG） | mg/dl |
| ＨＤＬｺﾚｽﾃﾛｰﾙ | mg/dl |
| ＬＤＬｺﾚｽﾃﾛｰﾙ | mg/dl |
| 糖 | 血糖値(BS) | mg/dl |
| □ 空腹（食後10時間以上）  □ 食直後（食後3.5時間未満）  □ 随時（食後3.5時間以上） |
| ＨｂＡ１ｃ | ％ |
| 肝臓 | ＧＯＴ（AST） | IU/l |
| ＧＰＴ（ALT） | IU/l |
| γ-GTP (γ-GT) | IU/l |
| 尿酸 (UA) | | mg/dl |
| 腎臓 | ｸﾚｱﾁﾆﾝ (Cre) | mg/dl |

- - - - - - - - - -＜ご記入いただく前にご確認ください＞- - - - - - - - - -

特定健康診査を『職場で受ける』と回答された方は、職場健診の結果提出をお願いいたします。

坂城町の特定健康診査受診対象者（40歳から74歳までの国民健康保険加入者）で、労働安全衛生法に基づく健康診断（職場健診）を受けた場合は、その結果を町にご提出いただくことで、特定健康診査を受診したとみなすことができます。

以下をご確認のうえ、検査結果の提出にご協力をお願いいたします。

１．対象者（①～③の全てに該当する方）

① 坂城町国民健康保険（国保）加入者

② 年度中に、会社が実施する健診を受診済み または 受診予定の方

③ 職場健診の受診日に40～74歳の方

２．提出していただくもの

① 職場健診結果提供書（この用紙）　※必要事項をすべてご記入ください。

② 検査結果の用紙のコピー　※ご持参いただけば保健センターでコピーを取らせていただきます。

３．注意事項など

・ 検査結果の必須項目が満たされている場合のみ、この用紙の提出により、特定健診を受診した

ことになります。

・ 提供いただいた情報は「個人情報の保護に関する法律」により固く守られます。

・ 提出いただいた結果により、お体の状態等が心配される方には状況をお聞きすることがござい

ますのでご了承ください。

ご不明な点等がございましたら保健センターへお問い合わせください

≪お問い合わせ≫　坂城町保健センター　電話　0268-75-6230（直通）