

職場など（市が実施する健診以外）の健診結果記入用紙 その1

●太枠内をご記入ください。

(記入日) 令和 年 月 日			
住所	(〒) 春日井市	生年月日	昭和 年 月 日
フリガナ		(日中連絡の取れる電話番号を記入してください。)	
氏名		電話 番号	— —

●次の質問事項について該当する口には☑をご記入ください。 * は必須項目です。

問 診 項 目		回 答	
1	* 血圧を下げる薬を飲んでいますか。	☐ はい	☐ いいえ
2	* インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか。	☐ はい	☐ いいえ
3	* コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	☐ はい	☐ いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	☐ はい	☐ いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	☐ はい	☐ 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言われたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	☐ はい	☐ いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	☐ はい	☐ 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、条件1と条件2を両方満たすものである。 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)	☐ ①はい(条件1と条件2を両方満たす) ☐ 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) ☐ ③いいえ(①②以外)	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	☐ はい	☐ 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年以上実施していますか。	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ 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。	☐ 何でもかんで食べることができる ☐ 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 ☐ 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。	☐ 速い	☐ ふつう ☐ 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。	☐ はい	☐ 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。	☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ 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。	☐ はい	☐ いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒等）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)	☐ 毎日 ☐ 週5～6日 ☐ 週3～4日 ☐ 週1～2日 ☐ 月1～3日 ☐ 月に1日未満 ☐ やめた ☐ 飲まない（飲めない）	
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 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）	☐ 1合未満 ☐ 1～2合未満 ☐ 2～3合未満 ☐ 3～5合未満 ☐ 5合以上	
20	睡眠で休養が十分にとれていますか。	☐ はい	☐ 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。	☐ 改善するつもりはない ☐ 改善するつもりである（概ね6か月以内） ☐ 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 ☐ 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ☐ 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。	☐ はい	☐ いいえ

裏面（その2）も必ず記入してください

職場など（市が実施する健診以外）の健診結果記入用紙 その2

- ・職場やその他の機会に受診された健診結果票のコピーを添付していただいても結構です。
- ・健診の結果は、今後の保健事業等（健康づくりに関する講座の案内、特定健診等の評価、統計資料、国及び県への報告等）に活用します。なお、講座の案内以外は匿名化して使用します。

●太枠内の項目ごとに数値、または該当する□に☑をご記入してください。

* は必須項目です（検査していない場合は不要）。

(健診実施日) 令和 年 月 日		(健診種別) ☐ 職場健診 ・ ☐ その他の健診		
項 目		検査結果		
身体計測	* 身長	・	cm	
	* 体重	・	kg	
	B M I	・		
	* 腹囲	・	cm	
血 圧	* 収縮期血圧 (最高血圧)		mmHg	
	* 拡張期血圧 (最低血圧)		mmHg	
血 液 検 査	脂 質	* 空腹時 中性脂肪	mg/dL	
		* 随時 中性脂肪	mg/dL	
		* H D L コレステロール	mg/dL	
		* L D L コレステロール	mg/dL	
	肝機能	* 血清 アルブミン	・	g/dL
		* A S T (G O T)		U/L
		* A L T (G P T)		U/L
		* γ-G T (γ-G T P)		U/L
	腎機能	血清 クレアチニン (C R E)	・	mg/dL
		e G F R	・	mL/min/1.73m ²
	糖代謝	* H b A 1 c (N G S P 値)	・	%
		血糖 (グルコース)		mg/dL
貧 血	ヘマトクリット (Ht・血球容積)	・	%	
	ヘモグロビン (Hb・血色素)	・	g/dL	
	赤血球 (R B C)		万/mm ³	
尿検査	* 糖	— ± + 2+ 3+		
	* 蛋白	— ± + 2+ 3+		

心電図 ☐ 所見あり ☐ 所見なし

診 察

* 既往歴 ☐ あり ☐ なし

* 自覚症状 ☐ あり ☐ なし

* 他覚症状 ☐ あり ☐ なし

* 健診を受ける
何時間前に食事を
されましたか

☐ 10時間以上
☐ 3.5時間以上10時間未満
☐ 3.5時間未満

* 総合判定（医師の診断）

☐ 異常なし ☐ 要観察 ☐ 要指導
☐ 要医療 ☐ 治療中
☐ その他（ ）

* 健診実施機関

* 医師名

●記入もれがないか、もう一度確認していただき、
同封の返信用封筒に入れて郵送してください。

* お礼品

希望されるお礼品を1つ選び、□に☑をご記入ください。

☐ ホイッスル付LEDライトキーホルダー ☐ 応急処置セット
☐ 反射バンド ☐ グリップチューブ
☐ 防災アルミブランケット ☐ 簡易トイレ
☐ トイレトレーニング（ダブル/2個セット） 希望日時 月 日 時ごろ

☐ どのお礼品でもよい

●詳細は、別紙「お礼品について」を参照ください。

問い合わせ先

〒486-8686
春日井市鳥居松町5丁目44番地
春日井市 市民生活部 保険医療年金課
電話（0568）85-6367

表面（その1）も必ず記入してください

お 礼 品 に つ い て

令和9年1月29日（金）までに、職場等で受診した「健診結果」をご提供いただいた方に、お礼品をお送りいたします。

- ・お礼品は、「職場など（市が実施する健診以外）の健診結果記入用紙 その2」の右下「＊お礼品」欄中から1つ選んでいただき、□に☑をご記入ください。
- ・トイレトペーパーを選択される場合、来課の日時も合わせてご記入ください。
（受渡時間：平日9：00から16：00まで）

<<お礼品一覧>>

- ・ホィッスル付LEDライトキーホルダー
- ・応急処置セット
- ・反射バンド
- ・グリップチューブ
- ・防災アルミブランケット
- ・簡易トイレ
- ・トイレトペーパー（ダブル/2個セット）
- ・どのお礼品でもよい



©Kasugai City 2008
書のまち春日井「道風くん」

<<注意>>

※「トイレトペーパー(ダブル/2個セット)」は、郵送できないため保険医療年金課窓口へお越しくださるようお願いいたします。

※お礼品の送付は、健診結果確認後1か月程度かかることがありますのでご了承ください。

※お礼品は、数に限りがあるため、ご希望に添えない場合は市から連絡いたします。

※お礼品の受け取りは、1年度中に受けた健診のうち1回となります。

問い合わせ先 保険医療年金課 国民健康保険担当（健診）
電話 0568-85-6367