

**(記入例) 2021年度 勤務先(パート先)等の健診結果送付シート**

全てご記入の上、健診結果(コピー)と一緒に各支部担当者に提出ください。

水色の部分は添付する健診結果(コピー)に記載があれば記入は不要です。

組合員証番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	枝番	0 0	支部名	〇〇〇支部
フリガナ	モシカ トクコ		性別	1974年 5月 10日	
氏名	文科 特子		男(女)	電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
健診機関名	文科健診協会		受診日	2021年 10月 5日	
身体計測	身長 160 cm、体重 55 kg、腹囲 70 cm※立った状態のおへそ回り				
健診を受けた時間	ア. 食後3.5時間以上10時間未満 ※どちらかに○ ①. 食後10時間以上(空腹時)		血圧	最高値 100 mmHg、最低値 65 mmHg	

**問診票**

質問項目 ★印は必ずご回答ください	回答 該当箇所に✓を入れてください。
★ 1 血圧を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
★ 2 血糖を下げる薬を服用又はインスリン注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
★ 3 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
6 医師から、慢性腎臓病や慢性の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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
7 医師から貧血といわれたことがある。	<input checked="" 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」とは、これまで合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている場合、最近1ヶ月間も吸っている場合をいいます。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
9 20歳の時から体重が10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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年以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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1日1時間以上実施している。	<input checked="" 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 checked="" 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	<input type="checkbox"/> 速い <input checked="" type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
14 人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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	<input type="checkbox"/> 毎日 <input checked="" type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)
19 飲酒日の一日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安:ビール(約500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input checked="" type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
20 睡眠で十分休養がとれている。	<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1ヶ月以内)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ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
22 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

**!! 提出物をご確認ください !!**

- 健診結果のコピー
- 勤務先(パート先)等の健診結果送付表(本表)

組合員証に記載の「番号」「枝番」「名称」をご記入ください。

本人(組合員) 令和2年10月1日交付

文部科学省共済組合  
組合員証

記号 番号 1234567890 (枝番 00)

氏名 冨田 伊吹  
共済 一郎 性別 男  
生年月日 昭和40年12月31日  
資格取得年月日 昭和63年10月10日

発行機関所在地 東京都〇〇〇〇〇〇丁目〇番〇号

保険者番号 31130000  
名称 文部科学省共済組合  
〇〇〇〇〇〇〇〇〇支部長

印

各問診項目に回答ください。  
★印の1、2、3、8番は必須項目ですので忘れずに✓してください。

提出物に添付もれの無いよう✓の上、ご提出ください。

健診結果に以下の項目があるかご確認ください。

- ・身長・体重
- ・BMI
- ・腹囲
- ・最高血圧、最低血圧
- ・HDLコレステロール
- ・LDLコレステロール
- ・NON-HDLコレステロール
- ・中性脂肪(トリグリセリド)
- ・GOT(AST)
- ・GPT(ALT)
- ・γ-GTP(γ-GT)
- ・空腹時血糖
- ・ヘモグロビンA1c(NGSP値)
- ・随時血糖(食後3.5時間で可)
- ・尿糖
- ・尿蛋白
- ・既往歴
- ・自覚症状
- ・他覚症状

① 健診結果コピー  
② 健診結果送付シート(本シート)

**※①と②を提出してください。**