

〒000-0000
〇〇県〇〇市〇〇〇町000-0000

〇〇〇 〇〇〇 様
0000

お問い合わせ先

直方市役所
保険課 保険年金係
0949-25-2113

特定健診の
受診予定が
ない方へ

みなし健診について

かかりつけ医療機関で治療中（血液検査等実施）の方で
特定健診を受診されていない方への案内です。

同封の**質問票兼同意書**をご記入の上、

かかりつけ医の 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇病院 窓口へ

受診の時に**窓口へ提出**すれば医療機関にて
記入をいたします。

※検査結果提供により、費用がかかることはありません。

詳しくは

裏面へ▶

検査結果を提供いただくことで、市民のみなさまの健康状態にあった
健診サービスを検討しています。

直方市で実施している心電図検査は、みなさまの健診結果
より平成29年度から市が独自に追加したものです。

※ご提供いただきました個人情報は、本事業以外の目的では使用いたしません。



なりほん
直方市健診イメージキャラクター

質問票兼同意書の記入方法からご提出までの流れ

ステップ

1

各質問項目で該当する回答に を記入してください

ステップ

2

かかりつけ医療機関の窓口へご提出ください

医療機関より検査項目不足で返却された場合は「特定健診」の受診をおすすめします

質問票兼同意書記入例

ご提供いただく検査項目

検査結果は医療機関が記入いたします

令和 年 月 請求分 質問票兼同意書

【本人記入欄】 医師等の問診による記入可

項目	質問事項	回答欄
		該当する口に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください
1	既往歴（高血圧・糖尿病・脂質異常症等）がありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
3	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
4	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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
6	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
7	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
8	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
9	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
10	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（※今までに合計100本以上、又は6か月以上吸っており最近1か月間も吸っている方）	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
12	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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
13	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
14	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
15	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 checked="" type="checkbox"/> かめる <input type="checkbox"/> かみにくい <input type="checkbox"/> かめない
16	人と比較して食べる速度が速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
17	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
18	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 checked="" type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどない
19	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
20	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。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input checked="" type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 飲めない（ほとんど飲まない）
21	飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どのくらいですか。 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
22	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
23	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 checked="" type="checkbox"/> 改善するつもりである（既に1か月以内） <input type="checkbox"/> 近いうち（既に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）
24	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

【本人同意欄（自筆）】
 情報提供票および質問票兼同意書を 直方 市 町・村 国保組合 に提供することに同意します。
 令和 0 年 11 月 00 日 氏名 直方太郎
 ご連絡先電話番号 25-0000

●ご記入が不自由な方の場合、医療機関従事者の代筆で結構です。

【身体測定】

●身長 ●体重 ●BMI ●腹囲

【血圧】

●収縮期血圧 ●拡張期血圧

【生化学検査】

●中性脂肪
 ●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
 ●AST(GOT) ●ALT(GPT) ●γ-GT(γ-GTP)

【血糖】

●空腹時血糖 ●HbA1c(NGSP値) ●随時血糖

【尿検査】

●尿糖 ●尿蛋白

回答欄の記入

質問項目をよく読み
 該当する答えに を
 記入してください

氏名等を記入

市名、記入日、氏名、
 電話番号を記入して
 ください