

質問票兼同意書(令和5年度受診)

[新座市国民健康保険健康診査補助金交付事業/健診・検査結果提供事業]

健診区分	<input type="checkbox"/> 全額自己負担の健(検)診 →上限1万円の補助金		<input type="checkbox"/> 職場の健診(事業主健診)			<input type="checkbox"/> 通院先での定期的な検査		<input type="checkbox"/> その他 →500円分のクオカード	
被保険者証	記号	埼新	番号	枝番	申請日	令和	年	月	日
受診者	住所				電話番号				
	氏名				生年月日	昭和			

- 同意欄
- 健診受診日当日に新座市国民健康保険の資格を有しています。また、今後、遡っての社会保険加入等により、受診日当日の新座市国民健康保険の資格を喪失することはありません。
  - 受診年度中に市の個別特定健診、人間ドック検診、総合健診、健康診査補助金交付申請及び健診・検査結果提供申込みのいずれも受診又は利用していません(受診年度の受診券を使用していません。)
  - 上記が非該当となった場合(資格喪失または重複受診)、交付額(粗品相当額)を返金します。
  - 提供された健診結果等は、市が保健事業(保健指導等)に活用すること、また、匿名化データとして国への健診実施結果として報告することに同意します。
  - 市が必要と判断した場合、検査結果について受診医療機関等へ問い合わせることに同意します。
  - 特定健診受診券を市に提出しました。又は、受診券を市に提出できませんでしたが、申請(申込み)後に受診年度の未使用受診券が見つかった際は、速やかに破棄します。

1	既往歴(これまでにかかった病気)	①あり( )	②なし
2	自覚症状	①あり( )	②なし
3	【内服】血圧を下げる薬	①服用している	②服用していない
4	【内服】血糖を下げる薬 又はインスリン注射	①服用している	②服用していない
5	【内服】コレステロール・中性脂肪を下げる薬	①服用している	②服用していない
6	喫煙習慣がありますか	①はい	②いいえ
7	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	①はい	②いいえ
8	お酒(ビール・日本酒・焼酎等)を飲みますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)	
9	1日当たりの飲酒量	①0~1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上	

検査結果の有無を御確認ください。

- |                                            |                                         |                                                  |                                              |                                              |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受診日    | <input checked="" type="checkbox"/> 身長  | <input checked="" type="checkbox"/> 中性脂肪         | <input checked="" type="checkbox"/> AST(GOT) | <input checked="" type="checkbox"/> 尿糖       |
| <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関名  | <input checked="" type="checkbox"/> 体重  | <input checked="" type="checkbox"/> HDL-コレステロール  | <input checked="" type="checkbox"/> ALT(GPT) | <input checked="" type="checkbox"/> 尿蛋白      |
| <input checked="" type="checkbox"/> 医師名    | <input checked="" type="checkbox"/> BMI | <input checked="" type="checkbox"/> LDL-コレステロール  | <input checked="" type="checkbox"/> γ-GT(P)  | <input checked="" type="checkbox"/> クレアチニン** |
| <input checked="" type="checkbox"/> 診察(他覚) | <input checked="" type="checkbox"/> 腹囲  | <input checked="" type="checkbox"/> 採血:食後_____時間 | <input checked="" type="checkbox"/> eGFR**   |                                              |
- 所見:例)異常なし
- 血圧  血糖\* または HbA1c (\*食後3.5時間未満の血糖は申請不可)



そろわない方は特定健診を受けましょう。(\*\*は任意)