

2025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ご提出ください。

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。

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|----|--|----|----|--|-----|-------------------------------|-------|--|-----|--|
| 組合員等番号 | | | | | | | | 枝番 | | | 支部名 | |
| フリガナ | | | | | | | 性別 | 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| 氏名 | | | | | | | 男・女 | 電話番号 | | | | |
| 健診機関名 | | | | | | | 受診日 | 年 月 日 | | | | |
| 身体計測 | 身長 | cm | | 体重 | kg | | 腹囲 | cm※立った状態のおへそ回り | | | | |
| 健診を受けた時間 ※どちらかに○ | ア. 食後3.5時間以上10時間未満 イ. 食後10時間以上（空腹時） | | | | | | 血压 | 最高値 _____ mmHg、最低値 _____ 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 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 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 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 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 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 type="checkbox"/> いいえ |
| | 7 | 医師から貧血といわれたことがある。 | <input 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者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1ヶ月間吸っている 条件2:生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている | <input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ(①②以外) |
| | 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 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 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 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 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 |
| | 14 | 人と比較して食べる速度が速い。 | <input type="checkbox"/> 速い <input 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 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 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 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) | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 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(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(同5度・約500ml)、焼酎25度(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) | <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上 |
| | 20 | 睡眠で十分休養がとれている。 | <input 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 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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。 | <input 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)