

(記入例) 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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	枝番	0 0	支部名	〇〇支部
フリガナ	モンカ 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	2024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	イ. 食後10時間以上(空腹時)	※どちらかに○	Ⅰ.	Ⅱ.
		Ⅰ.	Ⅱ.	最高値 100 mmHg、最低値 65 mmHg	Ⅲ.

問診票

質問項目 ★印は必ずご回答ください	回答 該当箇所に入力してください。
★ 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 checked="" 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 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ときの状態はどれにあてはまりますか。	<input checked="" 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 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 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(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 checked="" 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 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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<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)

資格確認書に記載の「番号」「枝番」「名称」をご記入ください。

共済組合 本人(組合員) 令和〇年〇月〇日交付
資格確認書

記号 番号 1234567890 (枝番) 00

氏名 文科 太郎
性別 男
生年月日 昭和〇年〇月〇日
資格取得年月日 令和〇年〇月〇日

有効期限 令和〇年〇月〇日
保険者番号 310000000
保険者名称 文部科学省共済組合
〇〇支部

保険者所在地 東京都〇〇区〇〇〇〇番〇号

いずれかで、組合員等番号および保険者番号をご確認いただけます。

(1)マイナポータルに登録した健康保険証の画面
(2)上記(1)の情報を保存(PDF)した画面又は印刷した紙媒体
(3)資格情報のお知らせ
(4)資格確認書
※引き続き最大1年間有効とされた組合員証等でも確認可能

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(収縮期血圧)
 - ・最低血圧(拡張期血圧)
 - ・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。