

受診券を使用されなかった方へ

健診結果確認票

この確認票は、受診券を使用せずに、かかりつけ医やパート等の勤務先で特定健診の健診項目すべてを満たす健康診断を受けられた方が、健診結果を共済組合にご提供いただく場合のためのものです。

医療機関や勤務先などから受け取られた健康診断結果表等を参考に記入いただき、郵送または組合員(職員)の方を通じてご提出ください。その際には、**健康診断結果表等の写し(コピー)**を添付してください。

なお、この冊子にてご案内している健診(特定健診、人間ドック、巡回女性被扶養者健診)を受診された場合は、この確認票を提出していただく必要はありません。

組合員証 組合員被扶養者証 任意継続組合員証 任意継続組合員被扶養者証 記号	NGY ・ 任NGY		組合員証 組合員被扶養者証 任意継続組合員証 任意継続組合員被扶養者証 番号									
健診対象者氏名			生年月日	昭和	年	月	日	生				
住所・電話番号	〒 -		昼間の連絡先 (電話番号)		-	-						
健 診 結 果												
健診受診日(西暦)	年 月 日											
受診先	かかりつけ医 パート先など その他 ()											
健診を実施した 医療機関等	所在地											
	名称											
	医師氏名											
身体計測	身長			cm								
	体重			kg								
	腹囲			cm								
血 圧	最高 / 最低 (収縮期) (拡張期)	1回目：最高(収縮期)		mmHg / 最低(拡張期)		mmHg						
		2回目：最高(収縮期)		mmHg / 最低(拡張期)		mmHg						
血液検査	中性脂肪(TG)			mg/dℓ	GPT(ALT)	IU/ℓ						
	HDLコレステロール			mg/dℓ	r-GTP	IU/ℓ						
	LDLコレステロール			mg/dℓ	*注1) 血糖	mg/dℓ						
	GOT (AST)			IU/ℓ	*注2) HbA1c	%						
尿 検 査	尿糖	-	±	+	++	+++	尿蛋白	-	±	+	++	+++
問 診												
今までにかかった 病気など	これまでに重い病気にかかったことがありますか								はい	・	いいえ	
	※はいの場合、具体的に											
	現在、自分で気になる症状がありますか								はい	・	いいえ	
	※はいの場合、具体的に											
	他の人から指摘されている症状がありますか								はい	・	いいえ	
※はいの場合、具体的に												
*注3) 受診日現在の 服薬の有無	血圧を下げる薬をのんでいますか								はい	・	いいえ	
	インスリンまたは血糖を下げる薬(糖尿病の薬)をのんでいますか								はい	・	いいえ	
	コレステロールまたは中性脂肪を下げる薬をのんでいますか								はい	・	いいえ	
食後時間	食事から何時間空けて健診を受診されましたか								10時間以上・3.5時間以上10時間未満・3.5時間未満			
習慣的な喫煙の有無	これまでに100本以上、又は6か月以上喫煙していたことがありますか								はい	・	いいえ	
	※はいの場合、最近1か月間も喫煙していますか								はい	・	いいえ	

*注1) やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖により血糖検査を行うことができます。

*注2) 健診結果にHbA1cの値が2つ書かれている場合は、大きい方の値を記入してください。

*注3) 医師の診断・治療のもとでの服薬に限ります。

郵送で提出される場合は、下記へご送付ください。

〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 名古屋市職員共済組合 福祉事業係

◆ この確認票の項目が全部埋められなかった場合は、特定健診を受診してください。