

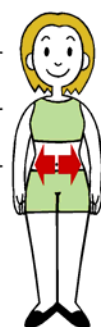
◆健診結果確認票

この確認票は、受診券を使わずに、かかりつけ医やパートなど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などを受けられた方が、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票などを参考にご記入いただき、組合員（職員）の方を通じてご提出ください。その際には、健康診断結果票などの写し（コピー）を添付していただくと幸いです。

なお、受診券を使用して特定健診を受診された場合や、共済組合の半日ドック、巡回女性被扶養者健診など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。

カード式保険証 記号	NGY	カード式保険証番号		
健診対象者氏名		生年月日	昭和	年 月 日
昼間の連絡先 (電話番号)				
健 診 結 果				
健診受診日	平成	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	都道 府県	市(区町村)	
	名 称			
	医師氏名			
身体計測	身長		cm	腹囲の正しい測り方 ●自然に立った状態で、おへその高さで水平に測ります(ウエストではありません。) ●おなかに力はいれず、普通に呼吸をして、息を吐き出した終わりのタイミングで目盛を読みます。
	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)	mm Hg /	最低(拡張期) mm Hg
		2回目：最高(収縮期)	mm Hg /	最低(拡張期) mm Hg
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	γ-GTP	IU/ℓ
	LDLコレステロール	mg/dℓ	血糖	mg/dℓ
	GOT (AST)	IU/ℓ	HbA1c ※注	%
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				
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		
	コレステロールを下げる薬をのんでいますか	はい ・ いいえ		
健診受診前の食事	前日の午後9時以降に普通の水以外に何も飲んだり食べたりせずに受診しましたか	はい ・ いいえ		
習慣的な喫煙の有無	今までに100本以上、又は6か月以上喫煙していて、最近1か月間も喫煙していますか	はい ・ いいえ		



※注 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下さい。

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。