

健診結果提出同意書兼質問票

南部町長 様

私が受診した健康診査の結果について、下記の事項に同意したうえで町に提供します。

- (1)国民健康保険特定健康診査の実施に代えること。
- (2)保健指導や健診結果データの集約・分析等、国民健康保険に関する事業に活用すること。

記入日	令和 年 月 日
住所	南部町大字
ふりがな	
氏名	(自署)
生年月日	昭和 年 月 日
電話番号	

～提出の仕方～

健診結果(※)と下記の質問を記入したこの用紙を南部町健康こども課まで提出してください。

頂いた健診結果は、後日、粗品を添えてお返しします。

※健診結果については、令和7年度のもの(令和7年4月1日～令和8年3月31日)となりますので、お間違えないようお願いします。

◎以下の質問事項について、当てはまるところに○印、チェックまたは数字などでご記入ください。

受診機関	受診日	令和 年 月 日						
※健診結果に記載がない場合にご記入ください。(腹囲は、ハその高さで息を吐き終わった状態時に読み取ります。)								
身長	cm	体重	kg	腹囲	cm	血圧	最高/最低	
現在、たばこを習慣的に吸っていますか。※加熱式たばこ・電子たばこを含む								
<input type="checkbox"/> はい(下記の①・②を満たす) <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(下記の②のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ								
※習慣的に吸っているとは:①最近1ヶ月間吸っている ②生涯で6ヶ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている								
たばこを吸っている、又は吸っていた場合				喫煙指数 1日()×()年=()				
お酒(アルコール)を飲みますか。		1. 毎日	2. 週 5～6日	3. 週 3～4日	4. 週 1～2日			
		5. 月1～3日	6. 月1日未満	7. やめた※	8. 飲まない			
※「やめた」とは、過去に月1回以上の飲酒歴があった方で、最近一年以上酒類を飲んでいない方								
生活習慣	飲酒日一日当たりの飲酒量	<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		
	※日本酒一合(アルコール度数15度・180ml)の目安 ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・110ml)、ワイン(同14度・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)							
	20歳の時の体重から、10kg以上増加していますか。					<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。					<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	日常生活において、歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。					<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
同世代の同性と比較して、歩く速度が速いですか。					<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
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。			1. 何でも かんで食べることができる					
			2. 歯や歯ぐきかみあわせなど気になる部分があって、かみにくいことがある 3. ほとんどかめない					
人と比較して、食べる速度が速いですか。			<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 遅い			

※裏面の記載もお願いします。

生活習慣	就寝前の2時間以内に、夕食をとることが週に3回以上ありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物をとりますか。		<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどとらない		
	朝食を抜くことが、週3回以上ありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	睡眠で休養が十分とれていますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	運動や食生活等の生活習慣の改善をしてみようと思いませんか。		1. いいえ	2. はい(6ヶ月以内に)		
	3. 1ヶ月以内に開始		4. すでに開始(開始6ヶ月未満)		5. 実施中(6ヶ月以上)	
	生活習慣の改善について、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			
現症及び既往歴	その他の病気について		<input type="checkbox"/> すべてなし			
	高血圧		1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置
	脳卒中	脳出血、脳梗塞 脳血栓など	1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置
	貧血		1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置
	脂質異常症	(コレステロール・中性脂肪)	1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置
	糖尿病		1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置
	腎臓病	(腎不全、慢性腎臓病)	1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置
	人工透析		1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置
	肝臓病		1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置
	心筋梗塞		1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置
	その他の心臓病		1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置
	高尿酸血症(痛風)		1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置
	白内障		1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置
	緑内障		1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置
	その他の眼科()		1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置
	骨粗しょう症		1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置
	その他()		1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置
その他()		1. 治療中(服薬中)	2. 管理中(服薬なし)	3. 治療歴あり	4. 放置	

◆お問合せ先◆

南部町役場 健康こども課 住民健診担当 電話 0178-60-7100