

健診結果等提供同意書

特定健診を利用されない方は、健診結果等の提供をお願いします。
1,000円分の商品券を進呈いたします。

STEP 1

下記①～③の全てに該当する方が対象です。対象の方は、STEP2へ

- 令和6年4月1日以前から、国民健康保険に加入されている方。
- 令和7年3月31日時点の年齢が、40歳～74歳であること。
- 健診等の結果が、令和6年4月1日から令和7年3月31日受診分であること。

STEP 2

お手元にある検査結果等に、下記の検査項目が記載されていますか。

- ・ある → **STEP3へ**
- ・ない → 受付ができる場合があります。一度、保険年金課へお尋ねください。

- | | | | | | |
|-------------------------------|--|---|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 検査日 | <input type="checkbox"/> 血糖検査(HbA1c 又は血糖(食後3.5時間以上)) | <input type="checkbox"/> 医師の判断(医療機関名、医師名) | | | |
| <input type="checkbox"/> 中性脂肪 | <input type="checkbox"/> HDL-C | <input type="checkbox"/> LDL-C | <input type="checkbox"/> AST(GOT) | <input type="checkbox"/> ALT(GPT) | <input type="checkbox"/> γ -GT |
| <input type="checkbox"/> 身長 | <input type="checkbox"/> 体重 | <input type="checkbox"/> 腹囲※ | <input type="checkbox"/> 血圧※ | <input type="checkbox"/> 尿検査(尿糖、尿たんぱく)※ | |

※腹囲、血圧、尿検査は、提出時に保険年金課またはすこやかセンターでも検査ができます。

STEP 3

下記の項目について全て記入し、**健診結果、受診券と一緒に**提出してください。

①血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②インスリン注射または血糖を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③コレステロールを下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (裏面参照)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 以前吸っていたが、最近1ヶ月は吸っていない	

私は、玉野市に健診結果等を提供し、その結果をもって特定健診の受診とみなすことに同意します。

住 所	〒706- 玉野市			
フリガナ	生 年 月 日			
氏 名	昭 和 年 月 日			
電話番号	性 別	男・女	年度末年齢	歳
ご希望の品	<input type="checkbox"/> マリンカードお買物券(1,000円) <input type="checkbox"/> 道の駅みやま公園商品券(1,000円) ※検査項目の不足等により、特典をお渡しできない場合があります。			
被保険者番号	宛名番号			

※健診結果等は、本人の健康管理を行うための保健指導や健診データの集約・分析以外の目的では使用いたしません。

【提出・お問い合わせ先】 〒706-8510 玉野市宇野1丁目27番1号

玉野市保険年金課 保険年金係 (TEL : 0863-32-5528)

※玉野市健康増進課(すこやかセンター)への提出も可能です。

※喫煙項目

条件1:最近1ヶ月間吸っている(1本以上吸っていたら該当)

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

条件1、2を満たす → 「はい」

条件2のみ満たす → 「以前吸っていたが最近1ヶ月間は吸っていない」

上記以外 → 「いいえ」

資格	受診歴	勧奨方法	受付者
たばこリクシンドロームの判定 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 予備群 <input type="checkbox"/> 非該当			保健指導支援レベル <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 動機付け <input type="checkbox"/> なし