

健診結果コピーご提供のお願い

島津製作所健康保険組合では、島津健保がご案内する健康診断を受診された方の健診結果が島津健保に自動的に届き、結果から対象者基準に該当された方にはヘルスサポートの参加のご案内をお送りする等、組合員様の健康状態にあった保健事業が行えるように取り組んでおります。

しかし、島津健保がご案内する健康診断を受診されていない方は健診結果が届かないため、取り組みが行えないでおります。全ての組合員様に取り組みをさせていただきたいと思っておりますので、下記の対象者に該当される方は健診結果の提供にご協力をお願いします。

ご協力いただける方には、お礼としてQUOカード 1,000 円分をお送りさせていただきます。



■ご提供をお願いする対象者

- ・島津健保に加入する、40～74 歳までの被扶養者または任意継続被保険者である。
- ・島津健保がご案内する健康診断を受診しておらず、他の健診（パート先の健診等）を受診した。
- ・受診した健診が必須検査項目（P2 の必須検査項目シート参照）を全て網羅している。

■ご提供をお願いする書類

- ・健診結果表の写し（又は、必須検査項目シート〈P2 参照〉）
- ・健診結果の提出同意書 兼 質問票 〈P3参照〉



※必須検査項目以外を知られたくない場合は、必須検査項目シートに全項目をご記入いただくか、健診結果の写しの必須検査項目以外を塗りつぶしてください。

■送付いただきたい時期

- ・今年度（4月～翌年3月）の結果は翌年度の4月末日までに送付をお願いいたします。

■送付方法

- ・島津健保まで電話もしくは E-mail で健康保険証の記号・番号・お名前をご連絡ください。送付用の封筒をお送りさせていただきます。

TEL 075-841-2264 平日（土日除く） 9：00～16：00

E-mail kenpo@kenpo.shimadzu.co.jp

■個人情報の取り扱い

島津製作所健康保険組合は提出頂いた健診結果を保有します。この情報は「個人情報保護法」に基づいて安全に管理し、特定健診・特定保健指導事業に使用します。

必須検査項目シート

下記項目を全て含んだ健診結果の写しをお送りください。結果に不足がある場合は不足部分をご自身で下記に記入し、健診結果の写し・健診結果の提出同意書兼質問票と共にこちらの用紙を送付ください。こちらのシートに全部ご記入いただいた場合は、健診結果の写しは不要です。

●基本情報

健康保険証 記号・番号	
受診者氏名	
生年月日	

●必須検査項目

健診受診日	
健診施設名	
健診を実施した医師の氏名	
医師の判断	

既往歴	
自覚症状	
他覚症状	

身長		(cm)
体重		(kg)
BMI		
腹囲		(cm)
血圧 (収縮期・拡張期)		(mmHg)
中性脂肪 (TG)		(mg/dl)
HDL コレステロール		(mg/dl)
LDL コレステロール		(mg/dl)
血糖値		(mg/dl)
または HbA1c		(%)
AST (GOT)		(U/l)
ALT (GPT)		(U/l)
γ -GTP (γ -GT)		(U/l)
尿蛋白		
尿糖		

【腹囲の測定方法】

- ① 立位でへその高さにメジャーをあてます
- ② 腕を身体の脇に自然に垂らしリラックス
- ③ 息を吸い、軽く息をはいて
- ④ その状態で測定。メジャーがきつく食い込まないようにします
小数点1 第位まで目盛りを読み取ります
※ご自分で測定される場合は、お腹を覗き込まないように注意してください。



健診結果の提出同意書

島津製作所健康保険組合 あて

記入日 年 月 日

私が受診した健診結果を下記の事項に同意したうえで、提出いたします。

- 島津製作所健康保険組合の特定健診の実施結果とします。

保険証記号・番号 _____

氏名 _____

質問票

当てはまる箇所口に“レ”チェックをしてください。

1 現在、a～cの薬の服用の有無	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	c. コレステロールを下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2 医師から、脳卒（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 type="checkbox"/> いいえ
3 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 type="checkbox"/> いいえ
4 医師から、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）を受けたことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5 医師から、貧血といわれたことがある。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6 現在、たばこを習慣的に吸っている。（※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7 20歳の時の体重から10kg以上増加している。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8 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		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9 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		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10 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 type="checkbox"/> いいえ
11 この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12 人と比較して食べる速度が速い。		<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
13 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 type="checkbox"/> いいえ
14 夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15 朝食を抜くことが週に3回以上ある。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
16 お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度		<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない（飲めない）
17 飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（約500ml）、焼酎35度（80ml）、ウイスキーダブ一杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）		<input type="checkbox"/> 1合未満（飲めない）	<input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
18 睡眠で休養が十分とれている。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
19 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"/> 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている	
<input type="checkbox"/> 改善するつもりである（概ね6か月以内）		<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満）	
		<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）	
20 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ