

# 2024年度 提出用紙

この「提出用紙」は、デンソー健保が実施する健診**以外**を受診され、その結果をデンソー健保にご提出いただく際に必要な用紙です。

デンソー健保が補助する生活習慣病予防健診（巡回バス健診・スマイル健診・人間ドック・特定健診）を年度内（2024/4/1～2025/3/31）に受診した場合、こちらの申請は受理できません。

健保が実施（補助）する生活習慣病予防健診を年度内に受診しません。受診した場合、健診費用全額を支払います。

同意します

## 1. あなたの情報

保険証記号番号： \_\_\_\_\_ 受診者氏名： \_\_\_\_\_

## 2. 検査項目の確認

健診結果表に検査結果が掲載されている項目に「✓」してください

※「✓」がない検査項目がある場合は、基準を満たしていないため申請不可（提出不要）

受診情報	受診者氏名	<input type="checkbox"/>	血液検査	A S T (G O T)	<input type="checkbox"/>
	検査実施機関	<input type="checkbox"/>		A L T (G P T)	<input type="checkbox"/>
	医師名	<input type="checkbox"/>		γ - G T (γ - G T P)	<input type="checkbox"/>
	医師の判定	<input type="checkbox"/>		中性脂肪 (トリグリセライド・T G)	<input type="checkbox"/>
	受診日：24/4/1～25/3/31	<input type="checkbox"/>		H D L コレステロール	<input type="checkbox"/>
身体測定	身長	<input type="checkbox"/>	尿	L D L コレステロール	<input type="checkbox"/>
	体重	<input type="checkbox"/>		空腹時血糖 (FBS) またはHbA1c (ヘモグロビンA1c)	<input type="checkbox"/>
	腹囲 ※自己測定可	<input type="checkbox"/>		尿糖	<input type="checkbox"/>
	血圧	<input type="checkbox"/>		尿タンパク	<input type="checkbox"/>

## 3. 健保へ送付

「提出用紙」「問診票」「健診結果表（コピー）」の**3点**を健保へ提出

【社内メール】右の社内メール票を切り取り、ご利用ください

【郵 送】〒448-8661

愛知県刈谷市昭和町 1-1

デンソー健康保険組合

健康支援室 松岡行

**提出期限**  
健診受診月の  
4ヶ月後の月末まで

キリトリセン

〒1130

健康保険組合 松岡 行

↑

〒 \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 様

健保欄	受付	不備有	返却	データ入力	QUO 発送
			・書類不足 ・検査項目不足 ・受診済み ( ) ・その他 ( )		

★ご注意★ 「提出用紙」「健診結果（写）」と一緒にご提出ください

保険証記号番号：                    —	受診者氏名：
-------------------------------	--------

## 2024年度 問診票

該当する項目に  をご記入ください

No.	質問項目	回答
1	現在、血圧を下げる薬を使用している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、血糖を下げる薬またはインスリン注射を使用している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血・脳梗塞等）にかかっているとされたり、治療を受けたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症・心筋梗塞等）にかかっているとされたり、治療を受けたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているとされたり、治療（人工透析など）を受けている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月以上吸っている、または合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい（条件1・2を両方満たす） <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（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ（上記以外）
9	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
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	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
13	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまるか？	<input type="checkbox"/> 何でも噛んで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、噛み合わせなど気になる部分があり、噛みにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんど噛めない
14	人と比較して食べる速度が速い	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	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
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	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
18	お酒（日本酒・焼酎・ビール・洋酒など）を飲む頻度は？ ※「やめた」とは過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があったが最近1年以上酒類を摂取していないこと	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量は？ 日本酒1合（alc15度180ml）の目安… ビール：alc5度500ml・焼酎：alc25度110ml・ワイン：alc14度180ml・ ウイスキー：alc43度60ml・缶チューハイ：alc5度500mlまたはalc7度350ml	<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
20	睡眠で休養が十分とれている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思うか？	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもり（6ヶ月以内） <input type="checkbox"/> 近いうちに（1ヶ月以内）改善するつもりで、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる（6ヶ月以上） <input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ