

令和8年度 特定健康診査受診券

令和 年 月 日交付

受診券整理番号	
被保険者証番号	
性別	
年齢	
生年月日	
個人コード	
有効期限	令和8年10月31日

令和8年度 特定健診質問票【国保】	
①受診券整理番号	
②保険者番号	
③被保険者証番号	
④生年月日	
健診実施日	令和 年 月 日

□は、該当の欄に斜線□でお答えください。

なお、本質問票にご記入いただいた内容は、特定健康診査及び特定保健指導等の保健事業にのみ利用します。

肝炎未 大腸(医)

健診内容	実施形態	実施項目	窓口の負担			保険者負担額	前年度結果	
			負担額	同時実施負担額	負担率			
基本項目	個別	○	1,000				—	
	集団	○	1,000					
特定健康診査	貧血	個別	△	0			—	
		集団	△	0				
	心電図	個別	△	0			—	
		集団	△	0				
	眼底	個別	△	0			—	
		集団	△	0				
	血清クレアチニン	個別	△	0			—	
		集団	△	0				
	追加項目	微量アルブミン尿	個別	△	0			★
		その他	個別	△	0			
人間ドック	個別	—					—	
	集団	—						

主)△は、基本項目及び、保険者の契約内容を確認し実施します。

保険者等	所在地	三豊市高瀬町下勝間2373番地1								
	電話番号	(0875)73-3014								
	番号	0	0	3	7	0	0	8	0	公印省略
	名称	三豊市								
契約とりまとめ機関名	個別									
支払代行機関番号	93799021									
支払代行機関名	香川県国民健康保険団体連合会									

※裏面の注意事項を必ずご確認ください。

1-3	現在、aからcの薬の使用の有無	1 a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<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
5	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
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか		<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りますか		<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ますか (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)		<input type="checkbox"/> ①はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> ③いいえ(上記①②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、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
11	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
12	ほぼ同じ年齢、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	食事をかんで食べる時の状態はどれに該当しますか		<input type="checkbox"/> ①何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ③ほとんどかめない
14	人と比べて歩く速度が速い		<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就業時間の2時間以内にかみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	毎晩歯を磨いたり、歯垢を除去していますか		<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)を飲む頻度はどのくらいですか (※「やめた」とは、1か月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)		<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	日本酒1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・約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)		<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いませんか <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <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"/> 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)		
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りますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

歯について	1	左右の両方の奥歯でしっかりかみしめられますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2	歯みがきの時に歯ぐきから血が出ることもある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	3	歯ぐきが腫れることがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	4	歯がぐらぐらする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	5	デンタルフロスや歯間ブラシを使って歯と歯のすき間もきれいにしている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	6	1日に2回以上歯みがきをしますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	7	この1年間に治療以外で歯の健診や予防のために歯科医院を受診しましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

歯科の質問項目については、市において、現状把握、分析、保健指導に使用することを目的に、特定健診質問票に追加し実施するものでありますので、ご記入をお願いします。