勤務先等で健診を受けるかたへ

勤務先の健診や人間ドック等(国保の特定健診、国保人間ドックを除く)を受けたかたは、**健診結果のご提供**をお願いします。

提出できる健診結果

〇**国民健康保険加入中**に受診した健診結果で、下記の検査項目を**全て**実施しているもの

受診期間

〇令和４年４月１日～令和５年３月３１日に受診（提出期限：令和５年７月）
〇令和５年４月１日～令和６年３月３１日に受診（提出期限：令和６年７月）

提出方法

健診結果のコピーまたはこちらの書類を、国民健康保険課の窓口へご提出ください。
郵送の場合は、返信用封筒を郵送いたしますので下記担当までご連絡をお願いいたします。
ご提出いただいたかたへ**粗品**を差し上げております。

※内容に不足等がある場合は、市が委託した(株)ウェルクル(03－5931－6798)より問い合わせの電話をかけることがございます。

健診結果の情報提供用紙

記入日	年　月　日				
カナ 氏名		性別	男・女	生年月日	昭和　年　月　日
住所	川口市			電話番号	
受診日	令和　年　月　日	受診 医療機関		医師名	

検査項目（全ての結果をご記入ください）				問診項目（あてはまるものに〇をしてください）		
身体測定	身長		cm	既往歴	なし・あり(　)	
	体重		kg	自覚症状	なし・あり(　)	
	腹囲		cm	他覚症状	なし・あり(　)	
血圧	収縮期血圧		mmHg	薬の内服	血圧を下げる薬	なし・あり
	拡張期血圧		mmHg		インスリン注射や血糖を下げる薬	なし・あり
血中脂質検査	中性脂肪(TG)		mg/dl		コレステロールを下げる薬	なし・あり
	HDL-コレステロール		mg/dl	貧血	なし・あり	
	LDL-コレステロール		mg/dl	タバコ	なし・あり	
肝機能検査	AST(GOT)		U/L	医師の判定（あてはまるものに〇をしてください）		
	ALT(GPT)		U/L	A 異常なし　B 軽度異常　C 要再検査・生活改善		
	γ-GT(γ-GTP)		U/L	D 要精密検査・要治療　E 治療中		
血糖検査 ※いずれかを記入してください	空腹時血糖(BS)		mg/dl	その他(　)		
	随時血糖(BS)		mg/dl			
	HbA1c(NGSP値)		%			
尿検査	糖	－　±　＋　++　+++		※必ずどちらかに〇をつけてください		
	蛋白	－　±　＋　++　+++		今回の健診は(　勤務先・個人　)で受けた		

※上記項目全てにご記入ください。問診項目の既往歴、自覚症状、他覚症状について、「あり」の場合は(　)内に詳細をご記入ください。(必須)
※国保の特定健診・人間ドックの受診の場合は、本用紙の提出は不要です。
※健診結果をご提出いただくと、国保の特定健診を受診したものとみなすことができます。
※健診結果は個人情報として厳密に保存し、必要に応じて保健指導等に活用します。またデータは匿名化され国へ報告されます。ご承知のうえ提出してください。

川口市国民健康保険課　保険係　TEL 048-259-7916