



## 任意継続者健診 問診票

\*この用紙は医療機関への提出物ではありません。基本健診補助金申請時に必ずワールド健康保険組合に送付して下さい

フリガナ 氏名		記入日	西暦	年	月	日
生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳) (2022年3月31日時点)					

## ●以下の質問について該当するものに○を付けて下さい

1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか	はい	いいえ		
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を服用していますか	はい	いいえ		
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか	はい	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	はい	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	はい	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）を受けたことがありますか	はい	いいえ		
7	医師から、貧血にかかっているといわれたことがありますか	はい	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、「合計100本以上、又は6か月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者）	はい	いいえ		
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	はい	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年以上実施していますか	はい	いいえ		
11	日常生活において徒歩又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	はい	いいえ		
12	ほぼ同じ年齢の同姓と比較して歩く速度が速いですか	はい	いいえ		
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか	何でも かんで食べる ことができる	歯や歯ぐき、かみ合わせなど 気になる部分があり、 かみにくいことがある	ほとんど かめない	
14	人と比較して食べる速度が速いですか	速い	ふつう	遅い	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか	はい	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ますか	毎日	時々	ほとんど摂取していない	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	はい	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	毎日	時々	ほとんど飲まない（飲めない）	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか 日本酒1合(180ml)の目安：ビール500ml、焼酎(25度)110ml、 ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1合未満	1~2合未満	2~3合未満	3合以上
20	睡眠で休養が十分にとれていますか	はい	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すか	改善するつもりはない 改善するつもりある(概ね6か月以内) 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 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか	はい	いいえ		

※この問診表の個人情報の取り扱いについては、補助金申請書に記載しています。

※記入に際して不明な点がございましたら健保組合保健師までお問い合わせください。 TEL)078-302-8185

# 任意継続者健診 結果票

※補助金申請には健診結果の提出が必須です。「医療機関の結果票」「任意継続者健診結果票」のいずれかを提出ください。

氏名		記号	番号	健診年月日	西暦	年	月	日
		続柄	性別	生年月日	西暦	年	月	日 ( 歳 )
			男・女		(2022年3月31日時点)			
医療機関様：この用紙「任意継続者健診結果票」の記入に文書料が発生する場合は、この用紙は使わず「病院の結果票」をお渡しください。								
基本健診項目			領域判定 (コード番号を記入ください)	詳細な項目 (40歳以上のみ) (医師が必要と認めた場合)			領域判定 (コード番号を記入ください)	
身体計測	身長	cm	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	貧血	RBC	万/μl	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	
	体重	kg			Hb	g/dl		
	BMI				Ht	%		
	腹囲	cm		心電図		(安静時)	A 正常範囲 D 再検査 B 軽度異常 E 精密検査 C 経過観察 F 要治療	
血圧	1回目	mmHg	A 正常範囲 D 再検査 B 軽度異常 E 精密検査 C 経過観察 F 要治療	血清クレアチニン		mg/dl	A 正常範囲 D 再検査 B 軽度異常 E 精密検査 C 経過観察 F 要治療	
	2回目	mmHg		(e-GFR)				
検尿	糖	- ± + ++	A 正常範囲 D 再検査 B 軽度異常 E 精密検査 C 経過観察 F 要治療	眼底検査		キースワグナー分類 0 I IIa IIb III IV シェイェ分類 (H) 0 1 2 3 4 シェイェ分類 (S) 0 1 2 3 4 SCOTT分類 I a 1b II IIIa IIIb IV Vq Vb	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	
	蛋白	- ± + ++						
肝機能	AST (GOT)	IU/l	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	がん検診 (2020年12月31日時点と受診時に健保加入者で年齢基準を満たした希望者) * 年齢基準：2022年3月31日現在				
	ALT (GPT)	IU/l		胃ガン * 35歳以上	(間・直・カメラ)	A 正常範囲 D 再検査 B 軽度異常 E 精密検査 C 経過観察 F 要治療		
	γ-GT (γ-GTP)	IU/l			大腸ガン * 40歳以上	(便潜血)	A 正常範囲 D 再検査 B 軽度異常 E 精密検査 C 経過観察 F 要治療	
脂質	TG	mg/dl	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	乳ガン * 30歳以上		(視触診・マンモグラフィ・I <sup>-</sup> )	A 正常範囲 D 再検査 B 軽度異常 E 精密検査 C 経過観察 F 要治療	
	HDL-C	mg/dl			子宮ガン * 20歳以上 偶数歳	(細胞診) class : I II III IV V (ベセスダ診) NILM・LSIL・HSIL・SCC ASC-US・ASC-H・ AGC・AIS Adenocarcinoma (内診)	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	
	LDL-C	mg/dl						
血糖	血糖 (空腹時・随時)	mg/dl	A 正常範囲 D 再検査 B 軽度異常 E 精密検査 C 経過観察 F 要治療	医療機関様にお問い合わせ				
	HbA1c	NGSP %		40歳以上の場合、検査費用のうち、特定健診と特定健診詳細項目の金額をご記入願います		健康診断を実施した 医師の氏名 医療機関名		
診察	(所見)	A 正常範囲 D 再検査 B 軽度異常 E 精密検査 C 経過観察 F 要治療	特定健診費用		円			
医師の診断及び総合判定			詳細項目費用		円			
詳細検査実施理由								



# 病院の結果票がない方へ (自己記入の方法)

- ◆ 補助金申請には、健診結果の提出が必要です。
- ◆ 医療機関所定の健診結果票がない場合又は医師による健診結果票作成に文書料が発生する場合、医師からお聞きになった結果をご自身で記入してください。

## 【記入箇所・方法】

①は必ず記入してください  
(氏名・身体計測・血圧)

②は尿・血液検査項目です  
※尿・血液検査結果票があれば貼付してください  
※尿・血液検査結果がなければわかる範囲で数値を記入してください

③は特定健診詳細項目です  
※基本は受診しません  
※医師が必要と判断したときのみ、医師の指示で追加検査します

④診察所見・既往歴はわかる範囲でご記入ください

2021年度		任意継続者健診 結果票		提出先：ワールド健康保険組合			
※補助金申請には健診結果の提出が必須です。「医療機関の結果票」「任意継続者健診結果票」のいずれかを提出ください。							
氏名	記号	番号	健診年月日	西暦	年 月 日		
続柄	性別	男・女	生年月日	西暦	年 月 日 (歳)		
医療機関様：この用紙「任意継続者健診結果票」の記入に文書料が発生する場合は、この用紙は使わず「病院の結果票」をお送りください。							
基本健診項目		領域判定 (コード番号を記入ください)	詳細な項目 (40歳以上のみ) (医師が必要と認めた場合)	領域判定 (コード番号を記入ください)			
身体計測	身長	cm	RBC 万/ $\mu$ l Hb g/dl Ht %	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療			
	体重	kg		(安静時) 心電図	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療		
	BMI				血清クレアチニン mg/dl (e-GFR)	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	
	腹囲	cm				キースワグナー分類 0 I IIa IIb III IV シェイ分類 (H) 0 1 2 3 4 シェイ分類 (S) 0 1 2 3 4 SCOTT分類 1a 1b II IIIa IIIb Vq Vb	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療
血圧	1回目 mmHg	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	眼底検査 がん検診 (2020年12月31日時点と受診時に健保加入者で年齢基準を満たした希望者) *年齢基準：2022年3月31日現在 (間・直・カラ) 胃がん *35歳以上 (便潜血) 大腸がん *40歳以上 (視鏡診・マンモグラフィ) 乳がん *30歳以上 (細胞診) class: I II III IV V (ベセス分類) NILM・LSIL・HSIL・SCC ASC・US・ASC-H・ AGC・AIS Adenocarcinoma (内診) 子宮がん *20歳以上 偶数歳	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療			
2回目 mmHg	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療						
検査	糖	- ± + ++	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療				
	蛋白	- ± + ++					
肝機能	AST (GOT)	IU/l	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療				
	ALT (GPT)	IU/l					
脂質	$\gamma$ -GT ( $\gamma$ -GTP)	IU/l	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療				
	TG	mg/dl					
血糖	HDL-C	mg/dl	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療				
	LDL-C	mg/dl					
診察	血糖	(空腹時・随時) mg/dl	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療				
	HbA1c	NGSP %					
医師の診断及び総合判定							
詳細検査実施理由							
医療機関様へお願い							
40歳以上の場合、検査費用のうち、特定健診と特定健診詳細項目の金額をご記入願います			健康診断を実施した医師の氏名 医療機関名				
特定健診費用	円						
詳細項目費用	円						

※自己記入に際して不明な点がありましたら健保組合保健師までお問い合わせください。

TEL) 078-302-8185