

【被扶養者限定】 **TJK以外**で受診した健診結果の提出について（質問シート）

記号-番号	-	フリガナ 氏名	続柄	家族	TEL
-------	---	------------	----	----	-----

※記号-番号は健康保険証のお名前の上に掲載されている数字です。

STEP1

対象者であるかご確認ください。以下の全てに該当された方が対象者です。

- ① TJK加入の被扶養者
- ② TJKの健診（B・C・D・E健診）を **2018年4月～2019年3月**の間に利用していない方
- ③ TJK以外で上記期間中に健診を受診した方（健診受診日に被扶養者であった方）

STEP2

お手持ちの健診結果表に掲載されている項目に☑を入れてください

*全てに☑が入らない場合は、ご提出いただくことができません。

項目	☑	項目	☑	項目	☑	
身長	<input type="checkbox"/>	血液検査	空腹時血糖 または HbA1c (ヘムoglobin A1c)	<input type="checkbox"/>	受診者氏名	<input type="checkbox"/>
体重	<input type="checkbox"/>		AST (GOT)	<input type="checkbox"/>	健診実施機関名	<input type="checkbox"/>
腹囲	<input type="checkbox"/>		ALT (GPT)	<input type="checkbox"/>	医師名	<input type="checkbox"/>
BMI	<input type="checkbox"/>		γ-GTP (γ-GT)	<input type="checkbox"/>	医師の判定	<input type="checkbox"/>
血圧	<input type="checkbox"/>		尿検査	尿糖	<input type="checkbox"/>	検査実施日 (2018/4/1～ 2019/3/31)
血液検査	中性脂肪 (トリグリセライド・TG)	<input type="checkbox"/>		尿蛋白	<input type="checkbox"/>	
	HDLコレステロール	<input type="checkbox"/>				
	LDLコレステロール	<input type="checkbox"/>				

STEP3

STEP2で全てに☑が入った方は以下をご記入ください。

項番	質問項目（健診時の状態をお答えください。）	回答
1	血圧を下げる薬を服薬している	1. はい 2. いいえ
2	血糖を下げる薬の服薬又はインスリン注射を使用	1. はい 2. いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬の服薬	1. はい 2. いいえ
8	現在タバコを習慣的に吸っている。 （*「現在、習慣的に喫煙している方」とは、「合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている方」であり、最近1ヶ月間も吸っている方）	1. はい 2. いいえ
	体調不良に関する自覚症状がある	1. ある（該当に○をしてください） （肩こり・腰痛・目の痛み・ 動悸・息切れ その他（ ）） 2. ない

STEP4

『健診結果表のコピー』と『本用紙』を以下にご提出ください。

翌々月末までに（QUOカード1,000円分）を、登録のご自宅宛にご送付いたします。

◆送付先およびお問い合わせ先◆
〒164-8507 東京都中野区東中野 1-51-3
TJK 東中野保健センター健康管理グループ
TEL 03-3360-5951

5月末
締切