

【被扶養者限定】 **T J K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		続柄	家族	TEL	
		氏名					

※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 T J K加入の被扶養者
- ② T J Kの健診（B・C・D・E健診）を **2019年4月～2020年3月の間に利用していない方**
- ③ T J K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	☐	血液検査	空腹時血糖 または HbA1c (ヘムoglobin A1c)	☐	受診者氏名	☐	
体重	☐		AST (GOT)	☐	健診実施機関名	☐	
腹囲	☐		ALT (GPT)	☐	医師名	☐	
B M I	☐		γ - GTP (γ - GT)	☐	医師の判定	☐	
血圧	☐				他覚所見	☐	
血液検査	中性脂肪 (トリグリセライド・TG)	☐	尿検査	尿糖	☐	検査実施日 (2019/4/1～ 2020/3/31)	☐
	HDL コレステロール	☐		尿蛋白	☐		
	LDL コレステロール	☐					

STEP3

STEP 2 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, 0 0 0 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

5月末

締切