

令和7年度 標準的な質問票

保険証記号：	証番号：	氏名：
〒	-	(現在の居住地または住民票上の住所をご記載ください)

	質問事項	回答
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	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②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。	①はい ②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。	①はい ②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。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②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カ月間吸っている 条件2: 生涯で6ヵ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	①はい(条件1と条件2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③いいえ(①②以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②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。	①はい ②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。	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②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。	①何でもかんで食べることができる 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 ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②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。	①毎日 ②時々 ③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。	①はい ②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、過去に月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)	①毎日 ②週5~6日 ③週3~4日 ④週1~2日 ⑤月1~3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 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・約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)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3~5合未満 ⑤5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②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。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) ③近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
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。	①はい ②いいえ

令和7年度 受診項目確認票

*健康保険の資格情報（保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載）

*記号	*番号	氏名	年齢	性別 男 ・ 女
-----	-----	----	----	-------------

【重要】

■未受診の項目がある場合、補助金は支給されないか、補助金額より一定額が引かれることとなります。

1. 以下の項目が未受診の場合、にチェックを入れてください。

※1 <input type="checkbox"/> 胸部X線（簡易・生活・人間ドック）	※2 <input type="checkbox"/> 胃部X線または胃内視鏡（生活・人間ドック）
---	---

※1 胸部X線をキャンセルされた場合、補助金額より 1,276円（税込）が差し引かれます。

※2 胃の検査をキャンセルされた場合、補助金額より 10,549円（税込）が差し引かれます。

2. オプション検査項目について、以下に受診した項目がある場合、にチェックを入れてください。また、検査ごとの金額が分かる場合、金額（税込）も記入してください。

オプション 検査項目	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査	子宮頸部細胞診	円
	<input type="checkbox"/> 乳がん検査 (どちらかを補助)	超音波	円
		マンモグラフィー	円
<input type="checkbox"/> 前立腺がん検査	PSA（50歳以上）	円	

(*健診とセット料金になっている等、単体の金額が不明な場合は空欄で結構です)

【脳検査補助金申請について】

事業所記入用「様式1-2」に別途ご記入ください。(任意継続者の場合、任意継続者用「様式2」に記入) ただし、前年度(令和6年度)に脳検査の補助金支給を受けていない方に限ります。

【健診結果について】(表紙やオプション検査結果も含め、すべてご提出ください)

■医療機関名・受診日・受診者氏名・判定医名または担当医名・数値まで載った詳細な結果であること。

■市区町村の補助や保険診療で受診した必須検査項目を、組み合わせて申請することは出来ません。

【必須検査項目】

■簡易生活習慣病予防健診(全年齢*) ・法定検査項目・胸部X線・心電図(*被扶養者は22歳以上~)

■生活習慣病予防健診(30~74歳) ・法定検査項目・胸部X線・心電図・胃部X線

■人間ドック(40~74歳) ・法定検査項目・胸部X線・心電図・胃部X線・腹部超音波

法定検査項目……問診(既往歴・自覚症状・他覚症状)

身長・体重・BMI・腹囲(妊娠中の方は除く)・視力および聴力

血圧測定・尿糖・尿蛋白・血色素量および赤血球数

GOT(AST)・GPT(ALT)・γ-GTP(γ-GT)

中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール

空腹時血糖または随時血糖・HbA1c(40歳以上)