健診結果の情報提供（被扶養配偶者）

送付用表紙

■　ご提出いただく方について（ご入力またはご記入ください）

保険証記号		氏名			
保険証番号		生年月日	年　　月　　日	健診受診時の年齢	歳
送付先住所	〒				
電話番号		メールアドレス			

※ 住所はQuoカード送付時に利用いたします。（Quoカードの送付は提出期限の3ヶ月後を予定しております。
※ 電話番号・メールアドレスはご提出内容についてお問い合わせさせていただく場合に利用いたします

■　ご提出いただくもの

① こちらの送付用表紙

② パート先等での健診結果表のコピー

※下記項目に漏れがないかご確認ください（下記項目が全て入っていない場合はQuoカードの進呈ができませんのでご了承ください）

検査区分	検査項目
身体測定	☐ 身長　☐ 体重　☐ 腹囲
血圧	☐ 血圧（収縮期/拡張期）
生化学検査	☐ 中性脂肪　☐ HDLコレステロール　☐ LDLコレステロール ☐ AST（GOT）　☐ ALT（GPT）　☐ γ-GT（γ-GTP）
血糖検査	☐ 空腹時血糖またはHbA1c
尿検査	☐ 尿糖　☐ 尿蛋白

③ 標準的な質問票（2ページ目の用紙です）

④ 同意書（3ページ目の用紙です）

■　提出期限

2025年度分・・・2025年5月31日健保組合着

■　提出先

右下の点線に沿って切り取り、送付用ラベルとしてご利用ください

〒140-0004
東京都品川区南品川6-11-6

リコー三愛グループ健康保険組合
統括センター　健診結果担当　宛

標準的な質問票

■ 右の受診者情報欄を記入してください。

■ 回答欄の該当する項目に〇を付けてください

■ ★印の質問は必ず回答してください

受診者情報	保険証記号	保険証番号	続柄
ふりがな			
氏　　名			

		質問項目	回答
★	1	現在、医師の指示により血圧を下げる薬を服用していますか。	① はい ② いいえ
★	2	現在、医師の指示により血糖を下げる薬を服用又はインスリン注射を打っていますか。	① はい ② いいえ
★	3	現在、医師の指示により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。	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りますか。	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か月間吸っている 条件２：生涯で６か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か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 以上増加していますか。	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 年以上実施していますか。	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 時間以上実施していますか。	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ですか。	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ですか。	① 速い ② ふつう ③ 遅い

	質問項目	回答
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。	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回以上ありますか。	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月に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ますか。	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すか。	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か月以内） ③ 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 ④ 既に改善に取り組んでいる（６か月未満） ⑤ 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、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

同意書

下記をお読みいただき、個人情報の取扱いについてご承諾頂いた上で、ご署名の上、ご提出をお願い致します。

リコー三愛グループ健康保険組合での健康診断に関わる
個人情報は以下の通り取り扱います。

●個人情報の取り扱い
入力された【個人情報】や【健診結果】はリコー三愛グループ健康保険組合・健診データ管理システム運営会社のバイオコミュニケーションズ（株）に提供されます。法令によって認められた場合、または健康診断や特定保健指導を含む各種保健指導に関わる事務を委託する場合を除き、個人情報を上記以外の第三者に提供することはありません。尚、研究・分析などを目的とする第三者機関（研究機関等）へ情報提供する場合は、個人を識別する情報を取り除くなど匿名化をいたします。

●個人情報の利用目的
・医療スタッフによる健診事後フォロー業務
・特定保健指導にかかる業務
・重症予防事業や治療勧奨事業などの各種保健事業にかかる業務

●健診結果に関する個人情報の取り扱いのお問い合わせ窓口
個人情報の開示、訂正、削除の求めなど個人情報に関する取り扱いについては、下記の窓口までお問い合わせください。

リコー三愛グループ健康保険組合

〒140-8665
東京都品川区南品川６－１１－６
TEL 03-3740-4779

－－－