

# 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	<input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 腹囲
血圧	<input type="checkbox"/> 血圧 (収縮期/拡張期)
生化学検査	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 <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"/> AST (GOT) <input type="checkbox"/> ALT (GPT) <input type="checkbox"/> $\gamma$ -GT ( $\gamma$ -GTP)
血糖検査	<input type="checkbox"/> 空腹時血糖またはHbA1c
尿検査	<input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 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

2023年度分・・・2024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□にチェックを付けてください
- ★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			

質問事項		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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど 飲まない
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)	<input type="checkbox"/> 1合未満	<input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである (概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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 6-1-1-6

TEL 03-3740-4779

上記、同意いたします。

年 月 日

保険証 記号-番号 (記号) (番号)	氏名(自署又は入力後捺印) 印
------------------------	--------------------