

お勤め先等での受診者用提出用紙

提出者全員に
QUOカード500円分

対象者条件

- 1950年4月1日～1985年3月31日生まれ
- 当組合の制度を使って受診しない方
- 「お勤め先」や「住民健診」等で健康診断を受ける方
- 2024年4月1日～2025年3月31日の受診結果をお持ちの方

必須項目

- 受診日、医療機関名
- 医師の診察
- 身体計測（身長・体重・腹囲）
- 血圧
- 血液検査：脂質値（中性脂肪(TG)・HDLコレステロール・LDLコレステロール）
- 肝機能（AST(GOT)・ALT(GPT)・ γ -GTP）
- 血糖値（空腹時血糖もしくは随時血糖・HbA1c）
- 尿検査：尿糖、尿蛋白

提出方法

以下の①～③をワールド健康保険組合まで郵送してください。提出期限：2025年3月31日

- 本提出用紙（下記【1】は必ず記入）
- 健診結果のコピー（健診結果がない方は下記【2】も記入）
- 被扶養者健診問診票

【1】必須記入 ※下欄「個人情報の取扱いについて」をお読みください。氏名欄の署名をもって同意とします

保険証 記号・番号	—	フリガナ 氏名	生年 月日	西暦 年 月 日
QUOカード 送り先	〒	日中連絡先	—	—

【2】健診結果のコピーがない方は記入

健診受診日	西暦 202 年 月 日	医療機関名			
身体計測	身長	cm	GOT (AST)	IU/1	
	体重	kg	GPT (ALT)	IU/1	
	腹囲	cm	γ -GTP	IU/1	
血圧	/	血糖	空腹時(随時)血糖	mg/dl	
脂質	中性脂肪 (TG)	mg/dl	HbA1c	%	
	HDLコレステロール	mg/dl	尿検査	尿蛋白	— ± + ++
	LDLコレステロール	mg/dl		尿糖	— ± + ++
医師の診察	<input type="checkbox"/> 特記事項無し <input type="checkbox"/> その他（				

— 提出先 / お問い合わせ先 —

〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-8-1 ワールド健康保険組合 保健師宛 TEL：070-1740-4169

個人情報の取扱いについて

- 健診結果における個人情報は、当組合の個人情報保護方針（<http://www.world-kenpo.com/>）に基づき、安全かつ厳密に管理します。
- 取得した個人情報は、受診資格確認、事務連絡、商品の発送、健診結果一元管理、健康保険法等の法令により行う各種統計処理、国へのデータ報告の目的で利用します。
- 上記2以外の目的で個人情報を利用することや、第三者提供を行うことは一切ありません。
- 健診結果データの入力及び集計は、当組合と個人情報保護の契約を締結した業者に委託することがあります。
- 必要事項を記入されなかった場合、健診結果(コピー)がない場合、個人情報の取扱いに同意しない場合は、商品の発送ができませんのでご了承ください。
- 個人情報については、本人による利用目的の通知、開示、訂正・追加、削除、利用の停止、消去又は第三者への提供の停止を求めることができます。個人情報相談窓口にお申し出ください。
- 個人情報の取扱いについての問合せ、開示等の請求先
個人情報保護管理者：ワールド健康保険組合 常務理事/個人情報相談窓口：電話 078-302-8185

被扶養者健診 問診票

保険証No	記号	番号	記入日	西暦 202	年	月	日
氏名	生年月日		西暦	年	月	日	年齢 2025年3月31日時点
							歳

以下の質問について該当するものに☑を付けてください

1	現在、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、血糖を下げる薬又はインスリン注射を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
3	現在、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）を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
7	医師から、貧血にかかっているとい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、又は生涯で6か月間以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが最近1か月間は吸っていない	<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	食事をか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、かみ合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"/> ふつう	<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"/> 毎日	<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 (*「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)	<input type="checkbox"/> 毎日		
		<input type="checkbox"/> 週5~6日	<input type="checkbox"/> 週3~4日	<input type="checkbox"/> 週1~2日
		<input type="checkbox"/> 月1~3日	<input type="checkbox"/> 月1日未満	
		<input type="checkbox"/> やめた		
		<input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)		
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(5度)500ml、焼酎(25度)110ml、ウイスキー(43度)60ml、ワイン(14度)180ml、缶酎ハイ(5度)500ml(7度)350ml	<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"/> 3~5合未満	<input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分にとれていますか	<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か月以内)		
		<input type="checkbox"/> 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		
		<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満)		
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

※記入に際して不明な点がありましたら健保保健師までお問い合わせください