

受付印

## 大垣市国民健康保険健康診査事業補助金申請書

助 成 金 額					円
保険証 記号番号	受診者氏名				
	生年月日		昭・平	年	月 日
健康診査に要した費用			円		
健康診査を受けた医療機関の名称、 所在地及び受診日		名 称			
		所在地			
		受診日	令和	年	月 日
<p>上記のとおり健康診査を受けたので、大垣市国民健康保険健康診査料の助成要綱の規定により健診料の助成を申請いたします。また、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する特定健康診査及び特定保健指導に当該健診の結果データを利用することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">電話番号( ) -</p> <p>大 垣 市 長 様</p>					
振込先 金融機関名	銀行	店番・口座種別		普通・当座	
	信用金庫	口座番号			
	農協	ふりがな 口座名義人			
	本店				
	支店				

※領収書を添付してください。

※毎月 10 日までに申請された場合は、当月末に支払います(11日～末日に申請された場合は翌月末)。振込のお知らせは郵送いたしませんので、通帳等でご確認ください。

加入資格状況	適 ・ 否	納付状況	適 ・ 否	検査項目	適 ・ 否
--------	-------	------	-------	------	-------

## 受診者の方に関する問診票

病歴	<input type="checkbox"/> 病歴なし	<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 通風	自覚症状	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし	<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> のどがかわく
	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍		<input type="checkbox"/> 肩・首のこり	<input type="checkbox"/> 耳なり	<input type="checkbox"/> 物忘れがはげしい
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 関節症		<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> 関節症		<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 胸がしめつけられる
	<input type="checkbox"/> その他 ( )					<input type="checkbox"/> 尿の回数が多い	<input type="checkbox"/> 動悸・脈のみだれ	
高血圧	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖父母	心臓病	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖父母	この1年間で入院 されましたか はい・いいえ
脳卒中	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖父母	肝臓病	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖父母	
糖尿病	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖父母	がん	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖父母	
1. 血圧を下げる薬を飲んでいますか。				はい・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"/> ほとんど飲まない (飲めない)
2. 血糖を下げる薬又はインスリン注射をしていますか。				はい・いいえ	17. 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。			はい・いいえ
3. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。				はい・いいえ	18. お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか。			<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない (飲めない)
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。				はい・いいえ	19. 飲酒日の1日あたりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安: ビール(約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
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。				はい・いいえ	20. 睡眠で休養が十分とれていますか。			はい・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)をうけていますか。				はい・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。右記から1つ選んでください。			<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)に改善するつもりで少しずつ始めている <input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる (6か月未満) <input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる (6か月以上)
7. 医師から、貧血といわれたことがありますか。				はい・いいえ	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。			はい・いいえ
8. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。				はい・いいえ	23. 睡眠剤を飲んでいますか。			はい・いいえ
9. 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。				はい・いいえ	24. 鎮痛剤を飲んでいますか。			はい・いいえ
10. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施していますか。				はい・いいえ	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
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。				はい・いいえ	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。			はい・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ほうですか。				はい・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			