

生活習慣病健診 実施報告書

事業所 名称

代表者 _____

担当者 (部署・担当者名) _____

項 目	内 容									
1. 健診項目 ※1-8 特定健診必須項目 (法律によって国に報告が必要な健診) / 9-17 生活習慣病追加項目	1. 問診 (服薬歴、喫煙歴等) 2. 診察 3. 身長・体重・腹囲 4. 血圧 5. 血中脂質 (中性脂肪・HDL-cho・LDL-cho) 6. 肝機能 (GOT・GPT・γ-GTP) 7. 血糖 (空腹時血糖もしくはHbA1c) 8. 尿 (糖・蛋白) / 9. 一般血液検査 (血色素量・赤血球数/白血球数・ヘマトクリット・血小板) 10. 心電図 / 11. 視力・聴力 12. 胸部X線撮影 13. 胃部X線撮影 14. 腎機能 (尿素窒素・クレアチニン) 15. 尿酸・血清アミラーゼ・ALP 16. 便潜血 17. 尿潜血 18. その他 ()									
※右記説明のとおり記入して下さい	・上記1～17すべての項目を実施しました→ はい ・ いいえ ・1～17の一部の項目を実施した場合は、項目番号に○印をしてください ・1～17以外の項目を実施した場合は、18に記入してください									
2. 実施年月日	年 月 日～ 年 月 日									
3. 健診機関名 (複数可)										
4. 今回補助請求者数	第1次健診：男 () 名 ・ 女 () 名 ・ 計 () 名 大腸癌検診：男 () 名 ・ 女 () 名 ・ 計 () 名 子宮頸癌検診： () 名 ・ 乳癌検診： () 名 ※40・45・50・55・60才については、「人間ドック 実施報告書」にて報告をお願いいたします。									
5. 健診結果表又は結果データの添付件数 ※結果データ等個人情報には、厳重な管理を行い、目的外の使用は致しません。	添付件数： () 件 / CD-R ・ 紙コピー* ・ 両方 *紙コピーの場合「既往歴・自覚症状・他覚症状 (問診) ・服薬 (血圧) ・服薬 (血糖) ・服薬 (脂質) ・喫煙」が掲載してある結果が必要です。 ※生活習慣病健診受診対象者を含む、貴事業所全年齢 (ヤンマー健保加入) の健診結果を添付し、下記内訳記入願います。(無い場合は「0」を記入)									
	2018年9月、各健保事業所・健保間で「全被保険者健診データの共有についての覚書」締結済									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">生活習慣病健診受診対象者</th> <th rowspan="2">左記以外</th> <th rowspan="2">未提出</th> </tr> <tr> <th>35才以上</th> <th>30才</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> </table>	生活習慣病健診受診対象者		左記以外	未提出	35才以上	30才	件	件	件
生活習慣病健診受診対象者		左記以外	未提出							
35才以上	30才									
件	件	件	件							
6. 健診費用	別紙の通り									

事業所窓口連絡欄 (補足等記入欄)

海外・出向者・関係会社・事業会社		
常務理事	事務長	担当者

受付印

NO.