

問診票

～パート先等で健診を受けた方へ～

当該案内による健診ではなく、パート先等で健診を受診した場合でも、同封の封筒にて、株式会社ベネフィットワン・ヘルスケア健診予約受付センター宛に健診結果のコピーと問診票(本紙)をお送りいただくことにより、保健指導の支援レベル判定を行い、レベルに応じて保健指導が受けられます。
なお、お送りいただく場合には、下記の点にご注意ください。

- 送付時の注意事項**
- ①2018年4月1日以降に受診された健診結果をお送りください。
 - ②健診結果はコピーをお送りください。(ご提出いただいた健診結果は返却いたしません。)
 - ③下記の特典健診項目を満たしているものをお送りください。
(全て満たしていない場合は、保健指導の支援レベルの判定ができません場合があります。)
 - ④問診票(本紙)に記載のうえ、健診結果のコピーと併せてお送りください。
 - ⑤本件に関するお問い合わせは、健診予約受付センター(特定健康診査のご案内P5を参照)へお願いいたします。

送付締切日 2019年2月28日 ※パート先等で受診した健診は、農林水産省共済組合の補助適用となりません。

受診された健診が、下記の検査項目等を満たしているかチェックしましょう。

検査項目	診察・測定	<input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 腹囲または内臓脂肪面積 <input type="checkbox"/> BMI <input type="checkbox"/> 収縮期血圧 <input type="checkbox"/> 拡張期血圧 <input type="checkbox"/> 自覚症状 <input type="checkbox"/> 他覚症状 <input type="checkbox"/> 既往歴		
	血液検査	脂質	<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	
		血糖	<input type="checkbox"/> 空腹時血糖またはヘモグロビンA1c	
		肝機能	<input type="checkbox"/> AST(GOT) <input type="checkbox"/> ALT(GPT) <input type="checkbox"/> γ-GT(γ-GTP)	
尿検査	<input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 尿蛋白			
その他	<input type="checkbox"/> 氏名(漢字またはカナ) <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 組合員証記号 <input type="checkbox"/> 組合員証番号 <input type="checkbox"/> 受診日 <input type="checkbox"/> 受診機関名称 <input type="checkbox"/> 受診機関電話番号または所在地 <input type="checkbox"/> 医師の氏名			

※健診結果内に上記情報がない場合は、健診結果上に明記をお願いします。
※検査未実施項目がある場合は、健診予約受付センターからご連絡させていただく場合がございます。

下記項目をご記入のうえ、同封封筒にて、株式会社ベネフィットワン・ヘルスケア健診予約受付センター宛に健診結果のコピーと併せてお送りください。

組合員証に記載されている記号番号	-	フリガナ			
フリガナ		組合員(被保険者)氏名			
受診者氏名		性別	受診者生年月日		
		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	昭和	年(西暦19	年) 月 日
受診者住所	〒 都道府県	TEL	-	-	
受診健診機関名		健診受診日	20	年	月 日
受診健診機関所在地	〒 都道府県	TEL	-	-	
質問事項	次の質問で、該当する答えに○をつけてください。	①現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	はい いいえ		
		②現在、インスリン注射を使用、または血糖を下げる薬を服用していますか。	はい いいえ		
		③現在、コレステロールを下げる薬を服用していますか。	はい いいえ		
		④現在、タバコを習慣的に吸っていますか。 ※「吸い始めて現在までの合計が100本以上、または6カ月以上の期間吸っている者」かつ、「直近1カ月間も吸っている者」を指します。	はい いいえ		

※ページ上部記載の注意事項をご覧のうえ2019年2月28日までにお送りください。