

親展

重要

料金別納  
郵便

かかりつけ医に  
必ずご持参ください

必ず本人様をご開封ください。



別府市役所 健康推進課

〒874-8511 別府市上野口町1番15号(市庁舎GF) 電話:0977-21-2188

封線部は印刷することできません。

この紙面をご記入の上、**かかりつけ医**にご持参ください。

## 質問票兼同意書

【本人記入欄】

項目	質問事項	回答欄 該当する項目に☑を記入してください
1	既往歴（脳卒中・心臓病・腎臓病等）がありますか。	<input type="checkbox"/> ：はい <input type="checkbox"/> ：いいえ 【病名】
2	今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。	<input type="checkbox"/> ：はい <input type="checkbox"/> ：いいえ 【症状】
3	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> ：はい <input type="checkbox"/> ：いいえ
4	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/> ：はい <input type="checkbox"/> ：いいえ
5	現在、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。	<input type="checkbox"/> ：はい <input type="checkbox"/> ：いいえ
6	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	<input type="checkbox"/> ：はい <input type="checkbox"/> ：以前は吸っていたが 最近1か月は吸っていない <input type="checkbox"/> ：いいえ

【本人同意欄（自筆）】		記入日	年	月	日
フリガナ					
氏名					
生年月日	年	月	日		
ご連絡先 電話番号					
<p>健診結果および質問票兼同意書を別府市に提供することを</p> <p><input type="checkbox"/> <b>同意します</b>      ご同意いただける場合はチェックを入れてください</p> <p><small>※みなし健診を利用された場合、特定健診を受けることは出来ません</small></p>					

●ご記入が不自由な方の場合、代筆で結構です。

# みなし健診結果票

【医療機関記入】

医療機関名

フリガナ ナマエ タロウ  
氏名 名前 太郎

生年月日 昭和41年10月8日

## 【検査結果】: 必須項目

身体計測	身長	cm	肝機能検査	AST(GOT)	U/l
	体重	kg		ALT(GPT)	U/l
	腹囲	cm		$\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)	U/l
血圧	収縮期血圧	mmHg	血糖検査	※2 HbA1c(NGSP)	%
	拡張期血圧	mmHg		※2 空腹時血糖	mg/dl
※1 尿検査	尿糖	- ± + ++ +++		※2 随時血糖	mg/dl
	尿蛋白	- ± + ++ +++	血中脂質検査	※3 空腹時中性脂肪	mg/dl
				※3 随時中性脂肪	mg/dl
				HDLコレステロール	mg/dl
				LDLコレステロール	mg/dl
				※4 (non-LDLコレステロール)	mg/dl

※1: 生理中、腎疾患等で排尿障害のある方は未実施でも可

※2、※3: いずれかの記載が必須

※4: LDL コレステロールの記載がある場合は、non-HDL コレステロールの記載は不要

## 【検査結果】: 追加項目

腎機能検査	血清クレアチニン	mg/dl	eGFR	ml/分/1.73m <sup>2</sup>
他覚症状	なし あり ( )			
上記項目を踏まえての医師の判断	異常なし 要指導 要医療 治療中 ( )			
医師名			検査日 (判定日)	

## 【保健指導について】

市の保健師・管理栄養士による食事・生活指導を行っています。

この方は指導の必要がありますか。	必要ある	・	必要ない
この方に市が指導を実施することについて、ご同意いただけますか。	同意する	・	同意しない

000-0000

住所1住所1住所1住所1住所1住所1  
住所2住所2住所2住所2住所2住所2

別府 太郎 様

10001

10001

お問い合わせ先

別府市役所 健康推進課

0977-21-2188

特定健診に関するお問い合わせは  
上記連絡先までお問い合わせください。

## 特定健診受診のお願い

別府市では、市民のみなさまの健康づくりを支えていくために、  
特定健診の受診をお願いしております。年に一度、ご自身の健康  
状態を把握することを習慣にしてください。

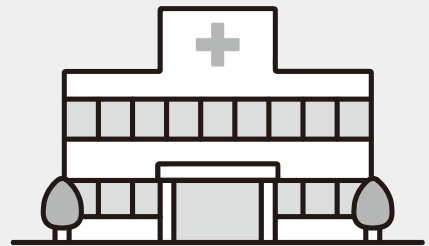
特定健診は、あなたの健康な毎日を支えています。

※すでに特定健診を受診済みの場合は、行き違いですのでご容赦ください。

かかりつけ医で特定健診と同等の検査を受けている方へ

## みなし健診のご案内

みなし健診は特定健診の項目（裏面参照）に  
ついて、通院時の検査情報を市へご提供  
いただくことで「特定健診を受診した」と  
みなすことができます。



### みなし健診のメリット

- 無料で保健指導を受ける  
ことができます。
- マイナポータルで検査  
データを管理でき、  
健康管理に役立ちます。

本書類一式を

令和7年1月末までに

かかりつけ医にご持参ください。

ご提供いただきました個人情報、本事業以外の目的では  
使用いたしません。また、ご本人様の同意がない限り、  
第三者には提供いたしません。

# 質問票兼同意書の記入方法

同封の「質問票兼同意書」を下記の  
記入例を参考に記入し、  
かかりつけ医にご持参ください。

## 質問票兼同意書記入例

この紙面をご記入の上、かかりつけ医にご持参ください。

### 質問票兼同意書

【本人記入欄】

項目	質問事項	回答欄 該当する項目に☑を記入してください
1	既往歴（脳卒中・心臓病・腎臓病等）がありますか。	<input type="checkbox"/> ：はい <input checked="" type="checkbox"/> ：いいえ [病名]
2	今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。	<input type="checkbox"/> ：はい <input checked="" type="checkbox"/> ：いいえ [症状]
3	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ：はい <input type="checkbox"/> ：いいえ
4	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/> ：はい <input checked="" type="checkbox"/> ：いいえ
5	現在、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。	<input type="checkbox"/> ：はい <input checked="" type="checkbox"/> ：いいえ
6	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ：はい <input type="checkbox"/> ：以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない <input type="checkbox"/> ：いいえ

【本人同意欄（自筆）】

記入日 0 年 6 月 3 日

フリガナ	ナマエ タロウ
氏名	名前 太郎
生年月日	1975 年 4 月 3 日
ご連絡先電話番号	000-1234-5678

健診結果および質問票兼同意書を別府市に提供することを

同意します

ご同意いただける場合はチェックを入れてください

※みなし健診を利用された場合、特定健診を受けることは出来ません

●ご記入が不自由な方の場合、代筆で結構です。

かかりつけ医から  
ご提供いただく検査項目は  
主に以下の項目です  
※すべて満たす場合のみ、  
みなし健診となります

### 【身体測定】

●身長 ●体重 ●BMI ●腹囲

### 【血圧】

●収縮期血圧 ●拡張期血圧

### 【生化学検査】

●中性脂肪  
●HDLコレステロール  
●LDLコレステロール  
(または、non-HDLコレステロール)  
●AST(GOT) ●ALT(GPT)  
●γ-GT(γ-GTP)

### 【血糖】

●HbA1c(NGSP値)  
●血糖

### 【尿検査】

●尿糖 ●尿蛋白

## ● 回答欄の記入

質問項目をよく読み該当する答えに☑を記入してください

## ● 氏名等を記入

氏名・生年月日・電話番号を記入してください

## ● 同意の意向を記入

同意いただける場合は☑を記入してください