

<取手市の方へ>

特定健診(集団健診)のお知らせ

下記日程でも、特定健診を受診することができます。

<当日持参するもの>

- ・特定健診受診券
- ・マイナ保険証等※

※マイナ保険証等とは、『マイナ保険証』、『マイナ保険証+資格情報のお知らせ』、『マイナポータルの資格情報画面』、『資格確認書』のことを指します。なお、『マイナ保険証』について健診会場では顔認証はできません。

・特定健診問診票(裏面の問診表をご記入の上、ご持参ください)

<健診内容>

- ・基本項目 { 身体計測・血圧・腹囲・尿検査(糖・蛋白)  
採血/脂質-HDL.LDL.TG・肝機能-AST.ALT.γ-GT・血糖-HbA1c(NGSP)  
尿酸・クレアチニン }
- ・その他 { 追加項目 }

<健診料金>

基本項目料金 ¥7,150

本人負担(差額) ¥0 協会けんぽ負担 ¥7,150(受診券に記載)

その他追加項目 ・心電図 ¥1,000 ・眼底 ¥1,000 ・貧血 ¥200  
(集団健診料金)

<特定健康診査(集団健診)受診上の注意事項>

- 1.特定健康診査を受診する際には、受診券とマイナ保険証、又は資格確認書等を受付に提出してください。
- 2.特定健康診査は、受診券に記載されている有効期限内に受診してください。
- 3.当日、食事を制限する必要はありません。

<令和8年度 特定健診(集団健診)日程>

受付時間 AM 9:00~11:20 PM 1:00~2:20

<夏日程>

7月6日	(月)	取手ウェルネスプラザ
7月7日	(火)	取手ウェルネスプラザ
7月8日	(水)	取手ウェルネスプラザ★
7月9日	(木)	取手ウェルネスプラザ
7月10日	(金)	取手ウェルネスプラザ
7月11日	(土)	取手ウェルネスプラザ
7月14日	(火)	福祉交流センター
7月15日	(水)	福祉交流センター★
7月16日	(木)	福祉交流センター
7月17日	(金)	福祉交流センター
7月18日	(土)	福祉交流センター
7月19日	(日)	福祉交流センター(午前)
7月21日	(火)	福祉交流センター
7月22日	(水)	藤代公民館
7月23日	(木)	藤代公民館
7月24日	(金)	藤代公民館
7月25日	(土)	藤代公民館(午前)
7月26日	(日)	藤代公民館(午前)

<秋日程>

9月24日	(木)	小文間公民館	10月26日	(月)	取手市立井野体育館
9月25日	(金)	久賀公民館	10月27日	(火)	取手市立井野体育館
9月28日	(月)	高須公民館(午前)	10月28日	(水)	取手市立井野体育館
9月29日	(火)	あけぼの	10月29日	(木)	取手市立井野体育館
9月30日	(水)	あけぼの	10月30日	(金)	浜田集落センター(午前)
10月1日	(木)	福祉会館(3階)	11月2日	(月)	取手ウェルネスプラザ
10月2日	(金)	山王公民館	11月3日	(火)	取手ウェルネスプラザ
10月5日	(月)	小堀集会所(午前)	11月4日	(水)	取手ウェルネスプラザ★
10月6日	(火)	戸頭公民館	11月5日	(木)	取手ウェルネスプラザ
10月7日	(水)	戸頭公民館	11月6日	(金)	取手ウェルネスプラザ
10月8日	(木)	戸頭公民館	11月9日	(月)	六郷公民館
10月9日	(金)	戸頭公民館	11月10日	(火)	藤代公民館
10月10日	(土)	戸頭公民館	11月11日	(水)	藤代公民館
10月11日	(日)	戸頭公民館(午前)	11月12日	(木)	藤代公民館
10月13日	(火)	永山公民館	11月13日	(金)	藤代公民館
10月14日	(水)	福祉交流センター	11月16日	(月)	桜が丘自治会館
10月15日	(木)	福祉交流センター★	11月17日	(火)	桜が丘自治会館
10月16日	(金)	福祉交流センター	11月18日	(水)	相馬南公民館
10月17日	(土)	福祉交流センター			

<冬日程 令和9年>

1月19日	(火)	取手ウェルネスプラザ
1月20日	(水)	取手ウェルネスプラザ
1月21日	(木)	取手ウェルネスプラザ

★印は、上記時間に加え17:00~18:50も受付いたします。  
注)その他、市で実施している検査については、市の広報等をご覧ください。

健診は予約制により実施予定です。ご予約の電話番号は6月・9月・12月頃の広報とりで及び同時期に取手市ホームページで公表予定となりますのでご確認ください。

# 特定健診問診票

フリガナ	
氏名	男・女
生年月日	( 昭・平 ) 年 月 日 歳

※ 該当する「□」枠内に「○」を記入してください。

0	食後何時間ですか。	① <input type="checkbox"/> 10時間以上	② <input type="checkbox"/> 3.5時間以上10時間未満	③ <input type="checkbox"/> 3.5時間未満
1	現在、aからcの薬の使用の有無	a. 血圧を下げる薬		
		① <input type="checkbox"/> はい	② <input type="checkbox"/> いいえ	
2		b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射		
		① <input type="checkbox"/> はい	② <input type="checkbox"/> いいえ	
3		c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬		
		① <input type="checkbox"/> はい	② <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。			
		① <input type="checkbox"/> はい	② <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。			
		① <input type="checkbox"/> はい	② <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(人工透析など)を受けていますか。			
		① <input type="checkbox"/> はい	② <input type="checkbox"/> いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがある。			
		① <input type="checkbox"/> はい	② <input type="checkbox"/> いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(加熱式、電子タバコ含む) ※「現在、習慣的に吸っている」とは、右記条件1と条件2を両方満たす場合をいう。			
		① <input type="checkbox"/> はい	② <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(条件2のみを満たす)	③ <input type="checkbox"/> いいえ(①・②以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。			
		① <input type="checkbox"/> はい	② <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年以上実施している。			
		① <input type="checkbox"/> はい	② <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る。			
		① <input type="checkbox"/> はい	② <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。			
		① <input type="checkbox"/> はい	② <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。	① <input type="checkbox"/> 何でもかめる	② <input type="checkbox"/> かみにくい	③ <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。	① <input type="checkbox"/> 速い	② <input type="checkbox"/> 普通	③ <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回以上ある。			
		① <input type="checkbox"/> はい	② <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。	① <input type="checkbox"/> 毎日	② <input type="checkbox"/> 時々	③ <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。			
		① <input type="checkbox"/> はい	② <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。	① <input type="checkbox"/> 毎日	② <input type="checkbox"/> 週5~6日	③ <input type="checkbox"/> 週3~4日
	※「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	④ <input type="checkbox"/> 週1~2日	⑤ <input type="checkbox"/> 月に1~3日	⑥ <input type="checkbox"/> 月に1日未満
		⑦ <input type="checkbox"/> やめた	⑧ <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	日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)		
		① <input type="checkbox"/> 1合未満	② <input type="checkbox"/> 1~2合未満	③ <input type="checkbox"/> 2~3合未満
		④ <input type="checkbox"/> 3~5合未満	⑤ <input type="checkbox"/> 5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。			
		① <input type="checkbox"/> はい	② <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。			
		① <input type="checkbox"/> 意思なし	② <input type="checkbox"/> 意思あり(6ヶ月以内)	③ <input type="checkbox"/> 意思あり(近いうち)
		④ <input type="checkbox"/> 取組み済み(6ヶ月未満)	⑤ <input type="checkbox"/> 取組み済み(6ヶ月以上)	
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。			
		① <input type="checkbox"/> はい	② <input type="checkbox"/> いいえ	
23	現在、次のような症状はありますか	<input type="checkbox"/> 長く続く頭痛	<input type="checkbox"/> 動悸・息切れ	<input type="checkbox"/> めまい
		<input type="checkbox"/> よくのどが渴く		