

## 健診結果の提出方法と提供必須項目

### ◇はじめに

- 対象者リストに記載されている被保険者の、健診結果票をご準備ください。
- 対象者の健診結果票に、  
**右記＜提供必須項目＞のすべてが**  
記載されているかチェックしてください。
- 【服薬】【喫煙】【腹囲】【既往歴】  
【自覚症状】【他覚症状】【採血時間】が  
健診結果票に記載がない場合、同封の  
「質問票」を対象者に配布、ご記入いただき、不足項目のないようお願いします。

提出方法①～③からご選択ください。

#### ◇提出方法 ①

##### 健診結果票のコピーを提出

健診結果票をコピーし、送付してください。

★両面印刷をお忘れなく★

「質問票」を記入された場合、添付してください。

#### ◇提出方法 ②

##### 健診結果書取り票の提出

《対象者データ書き取り票》に、健診結果票の結果内容を記入し、送付してください。

#### ◇提出方法 ③

##### エクセルデータにて提出

事業者健診データチェックツール\*1に健診結果を入力し、CD-Rにて送付してください。  
データ作成料として、1件につき385円(税込)を協会けんぽより、お支払いいたします。\*2

\*1 協会けんぽホームページよりダウンロードいただけます。

\*2 支払いに関しまして、覚書の締結が必要です。

また、提供必須項目に不足がある場合、データ作成料は支払われません。詳しくは協会けんぽ事業者健診係までお問い合わせください。

|                          |                          | ✓             | ＜提供必須項目＞                                          |
|--------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------------------------|
| 基本情報                     | <input type="checkbox"/> |               | 記号                                                |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | 番号                                                |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | 氏名(カナ)                                            |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | 生年月日                                              |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | 性別                                                |
| 健診項目                     | <input type="checkbox"/> |               | 健診実施年月日                                           |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | 既往歴                                               |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | 自覚症状                                              |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | 他覚症状                                              |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | 身長                                                |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | 体重                                                |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | BMI                                               |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | 腹囲                                                |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | 血圧(上-下)                                           |
|                          | <input type="checkbox"/> | 採血時間(食後)      | a. 食後10時間以上<br>b. 食後3.5時間以上10時間未満<br>c. 食後3.5時間未満 |
|                          | <input type="checkbox"/> | 肝機能検査         | GOT                                               |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | GPT                                               |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | γ-GTP                                             |
|                          | <input type="checkbox"/> | 血中脂質検査        | LDLコレステロール                                        |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | HDLコレステロール                                        |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | トリグリセライド                                          |
|                          | <input type="checkbox"/> | 尿検査           | 糖                                                 |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | 蛋白                                                |
|                          | <input type="checkbox"/> | 血糖検査          | ・空腹時血糖<br>・随時血糖<br>・HbA1c<br><b>1つ記入があればOK</b>    |
| <input type="checkbox"/> |                          | 医師の診断(判定)・意見  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> |                          | 健診実施医療機関名 医師名 |                                                   |
| <input type="checkbox"/> |                          | メタボ判定         |                                                   |
| 問診項目                     | <input type="checkbox"/> |               | 服薬 1 □(血圧)                                        |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | 服薬 2 □(血糖)                                        |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | 服薬 3 □(脂質)                                        |
|                          | <input type="checkbox"/> |               | 喫煙(1:はい 2:以前(1か月前)吸っていた 3:いいえ)                    |