

<守谷市の方へ>

特定健診(集団健診)のお知らせ

守谷市の集団健診でも特定健診を受診することができます。
集団健診は受診者の皆様がスムーズに受診していただけるよう完全予約制となっております。

日程・健診会場・ご予約方法の詳細は、市のホームページまたは広報もりやをご確認ください。
(広報掲載予定 6月・7月実施分:4月号 9月実施分:7月号 12月実施分:10月号)

<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)

★健診内容、料金につきましては協会けんぽにお問い合わせください。

<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」、「従来の健康保険証(国が暫定的に認める期間まで)」のことを指します。

- ・特定健診問診票(裏面の問診票を事前にご記入の上、ご持参ください)

※予約後、市から郵送される書類をご覧ください。

<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等を受付に提出してください。
健診当日、特定健診受診券がないと受診することができませんのでご注意ください。
また、市から郵送される書類を事前によくお読みいただくようお願いいたします。
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。
4. 状況により、健診が中止または変更になる場合があります。最新の情報は、市のホームページまたは広報もりやでご確認ください。

特定健診問診票

フリガナ	男・女
氏名	
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。	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> ① <input type="checkbox"/> はい </div> <div style="width: 45%;"> 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) </div> </div> 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。 ※「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	① <input type="checkbox"/> 毎日	② <input type="checkbox"/> 週5~6日	③ <input type="checkbox"/> 週3~4日
		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"/> よくのどが渇く		