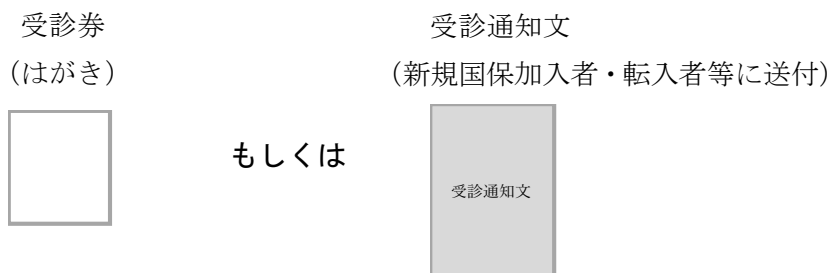


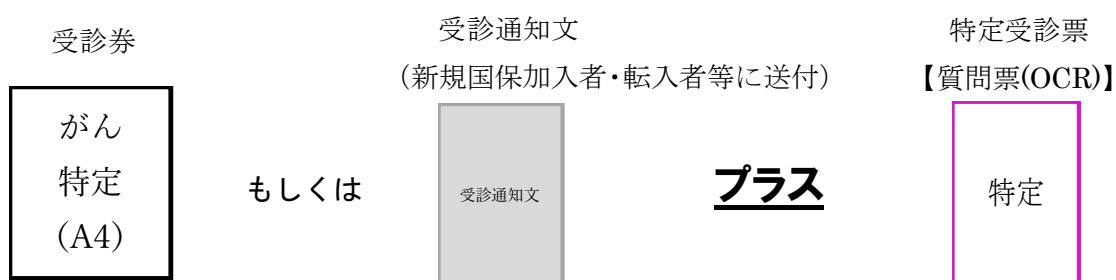
瀬戸市国民健康保険特定健康診査受診券等の変更について

1 発送内容

- (1) 令和2年度までの発送内容



- (2) 令和3年度からの発送内容



【令和3年度からの変更点】

- ①受診券がはがきサイズから A4 サイズになります。(資料5－参考1)
- ②受診券もしくは受診通知文に受診票が同封されます。(資料5－参考2)

2 健診受診率向上の取り組み

- (1) 健康診査受診ガイドの個別配布

これまで『広報せと』に折込みで配布していた健康診査受診ガイドを受診券等に同封し、郵送で配布します。このことにより健康診査に関する情報が加入者お一人おひとりの手元に確実に届くことになり、受診率の向上に繋がるものと考えています。

- (2) 受診券送付用封筒にキャッチコピーを掲載

受診券等を送付する封筒に健康診査の受診に繋がるようなキャッチコピーを掲載します。キャッチコピーの案は次のとおりです。国民健康保険運営協議会の皆様のご意見を伺い、どのキャッチコピーを掲載するのかを決定したいと考えています。

【キャッチコピーの案】

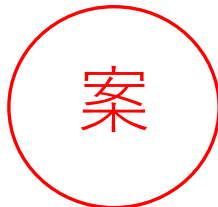
「わたしのため、家族のために健康診査」

「ほっときますか？ホッとしますか？」

489-0000

瀬戸市追分町6 4番地の1

瀬戸 太郎 様



この受診券は令和3年4月〇日現在の
住民基本台帳等に基づいて作成しています。

受診の
際は

この受診券・健康保険証・
自己負担金 が必要です。

令和3年度 瀬戸市健康診査受診券

フリガナ	セト タロウ	生年月日	性別
氏名	瀬戸 太郎	昭和XX年XX月XX日	男

あなたが受けられる健康診査	整理番号	受診確認
瀬戸市国保特定健康診査	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 同封の受診票兼質問票を記入して受診してください。	
胃がん検診	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
大腸がん検診	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
肺がん検診	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	

健康診査を受けるときの注意点



- 受診日において、がん検診等は瀬戸市に住民票がある方、特定健康診査・後期高齢者医療健康診査は、瀬戸市国民健康保険、後期高齢者医療制度に加入している方が対象です。
- 健康診査は年度内に1回のみ受診できます。保健資格を喪失した後の受診や年度内に重複して受診した場合は、健康診査の総費用をご負担いただく場合があります。
- 健康診査受診日の前日は、食べ過ぎや飲みすぎ、激しい運動は避けましょう。
(特定健康診査・後期高齢者医療健康診査を受診する場合は10時間前から水以外の飲食禁止。)

詳細は「健康診査ガイド（保存版）」をご覧ください。

0 特定健康診査受診票 (国民健康保険加入者用)

受診券有効期限: 令和 年 月 日

受診券整理番号:

保険者番号:

被保険者証番号:

生年月日: 昭 年 月 日生

カナ氏名: 男 女

電話番号: -- ※左ヅメで記入

郵便番号:

住所:

前年度	HbA1c	%	支払代行機関番号: <input type="text"/>
	血糖値	mg/dl	

受診日: 令和 年 月 日 医療機関名称: (ゴム印でも構いません)

医療機関番号:

判定医師名: (カタカナ)

区分: 特定健診
 尿酸 クレアチニン
 貧血

シール添付欄:
 =血液分析センターへのお願い=
 ・検査機関番号をご記入ください
 ・血液処理番号をご記入ください

検査機関番号:

血液処理番号:

基本健診 負担なし

窓口負担

詳細健診 負担なし

受診前にご記入ください

問診票 (特定健康診査)

資料5-参考2

質問項目の該当する部分に黒色のボールペン、又はえんぴつでマークしてください 記入例

1	血圧を下げる薬を飲んでますか	※必須	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでますか	必ずご記入ください	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> はい	<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されたり、治療(人工透析など)を受けていますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
7	医師から、貧血と言われたことがありますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか (「現在、習慣的に喫煙している者」とは「過去に合計100本以上、又は6か月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者)	※必須	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか		<input type="checkbox"/> はい	<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年以上実施していますか		<input type="checkbox"/> はい	<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ますか		<input type="checkbox"/> はい	<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ですか		<input type="checkbox"/> はい	<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	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることが出来る <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <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ですか		<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふつう	<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回以上ありますか		<input type="checkbox"/> はい	<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		<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか		<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)	
19	飲酒日に1日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安: ビール500ml、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)		<input type="checkbox"/> 1合未満	<input type="checkbox"/> 1~2合未満	<input type="checkbox"/> 2~3合未満	<input type="checkbox"/> 3合以上
20	睡眠で休養が十分にとれていますか		<input type="checkbox"/> はい	<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えますか	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月以内)				
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		

E

=個人情報の利用について=

下記の健診に伴う個人情報は、「個人情報保護条例」及び関係法令を遵守し厳重に取り扱います。

- ①あなたの健康情報は医療機関や保健指導機関等において共有されることがあります。
- ②健康情報の処理・保存については外部業者に委託されることがあります。
- ③受診結果は受診者本人に通知し、保険者で保存します。
- ④受診結果は支払代行機関で点検し国及び県へ匿名化されて提出されます。
- ⑤収集した健康情報は上記以外の目的で使用しません。

私は上記個人情報の取扱いに関する内容に同意しましたので署名します。

受診者署名欄

