

**For advanced elderly**

Examination number 受診券整理番号		Notification number 通知番号	
Name (katakana) 力ナ氏名			
Age 年齢	years old (Age as of March 2020) 歳	Gender 性別	
Date of Birth 生年月日			
Expiration Date 有効期限			

2019 Medical Care System for Advanced Elderly Health Checkup Voucher  
平成31年度(2019年) 後期高齢者医療制度 健康診査受診券

交付

- Please read the enclosed "FY 2019 Specific Health Checkup and General Health Checkup Information."
- Please bring your:
  - > General Health Checkup Voucher ※Please check the expiration date
  - > Medical care system for advanced elderly insurance card
  - > Results of your general health checkup or results from the checkup combined with a thorough medical checkup from previous fiscal year (if you have one)
- How to complete the Health Checkup Voucher
  - > Please fill in the bolded field on the back page
  - > Fill in only the telephone number if you are having a group checkup. You will fill in a separate medical questionnaire on the day of the checkup.
- If you have regular checkups and your doctor knows your health condition, you do not necessarily have to have this checkup.

※The following will be completed at the exam.

Date 健診日	Month 月 Day 日	後期高齢者医療 被保険者証記号番号	Medical checkup for advanced elderly insurance card number								
Physical measurements 身体計測	身長 Height cm	体重 Weight kg	BMI								
Other symptoms 他覚症状	無 No 有 Yes	Blood Pressure 血压測定	Systolic 収縮期 Diastolic 拡張期	mmHg							
Urinalysis 尿検査	Protein 蛋白	Sugar 糖	Kidney 腎								
Detailed Checkup 詳細な健診	Anemia 貧血	既往歴 Medical history	疑い Suspected								
	Electrocardio graph 心電図	血压 Blood Pressure	当該年度の健診結果において、 収縮期血压140mmHg以上または 拡張期血压90mmHg以上の者	Blood pressure more than 140mmHg systolic and 90mmHg diastolic 不整脈の疑い Suspected Arrhythmia							
	Fundus (eye) 眼底	Blood Pressure 血压	当該年度の健診結果において、 収縮期血压140mmHg以上または、 拡張期血压90mmHg以上の者	Blood Sugar 血糖 Fasting Blood Sugar Levels more than 126mg/dL or HbA1c (NGSP) more than 6.6% 空腹時血糖126mg/dLまたは HbA1c (NGSP) 6.6%以上の者 (医療機関で受診の方は当該年度、 集団健診で受診の方は前年度健診結果 を参照すること)							
Anemia 貧血	Negative 無 Positive 有	Electrocardio graph 心電図	Negative 無 Positive 有	Fundus (eye) 眼底	Negative 無 Positive 有	依頼先医院名 Client's Clinic Name	コードCode				
Findings 所見	Electrocardio graph 心電図	所見コード	Fundus (eye) 眼底	所見コード	Scheie classification Scheie 分類	S0 S1 S2 S3 S4	H0 H1 H2 H3 H4				
	In need of consultation 受診勧奨の必要性	無 No 有 Yes	Blood Pressure 血压	Lipid 脂質	Blood sugar 血糖	Liver 肝臓	Kidney 腎臓	Uric acid 尿酸	Anemia 貧血	Electrocardio graph 心電図	Fundus 眼底
Medical Institution Name 医院名		Code 医院コード		Doctor's Name 医師氏名		Type 種別	Advanced elderly 63 後期高齢63				

■ Patient Questionnaire (fill in the bolded fields) ■ 本人記入欄 (太枠内をご記入ください。)		Tel 電話番号	—	—	
<b>Please indicate whether or not you are regularly taking medication for</b> <b>a-c</b> <b>現在、aからcの定期的な使用の有無</b>		<b>Please mark "/" in the boxes</b> <b>いずれかに/をつけてください</b>			
1 3	1 a <b>Medication to lower blood pressure</b> 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
	2 b <b>Insulin shots or medication to lower blood sugar levels</b> 血糖を下げる薬またはインスリン注射	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
	3 c <b>Medication to lower cholesterol or triglycerides</b> コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
4	<b>Have you ever been diagnosed with or treated for apoplexy (brain hemorrhage, stroke, etc.)?</b> 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。	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
5	<b>Have you ever been diagnosed with or treated for heart disease (angina pectoris, heart attack, etc.)?</b> 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。	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
6	<b>Have you ever been diagnosed with or treated for chronic kidney disease including dialysis?</b> 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。	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
7	<b>Have you ever been diagnosed with anemia?</b> 医師から、貧血と言われたことがある。	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
8	<b>Do you smoke on a regular basis? [this refers to anyone who has smoked a total of 100 or more cigarettes or smoked for 6 months or longer AND has smoked within the past month]</b> 現在、たばこを習慣的に吸っている (「現在、習慣的に喫煙している方」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている方」であり、最近1ヶ月以上も吸っている者)	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
9	<b>Do you exercise twice or more in a week for 30 minutes per session with a light sweat and have you maintained this for more than a year?</b> 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	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
10	<b>How many hours has it been since your last meal? (not including drinking water)</b> 食事を何時間前にとりましたか。	<input type="checkbox"/>	< 10 hours 10時間未満	<input type="checkbox"/>	≥ 10 hours 10時間以上
11	<b>Noticable Symptoms</b> 自覚症状	<input type="checkbox"/>	1 None なし	<input type="checkbox"/>	2 Headache頭痛
		<input type="checkbox"/>	4 Ringing in ears 耳鳴り	<input type="checkbox"/>	5 Chest pain胸痛
		<input type="checkbox"/>	7 Dry mouth 口の渇き	<input type="checkbox"/>	8 Sudden weight loss急にやせた
		<input type="checkbox"/>	10 Fatigue 疲れやすい	<input type="checkbox"/>	11 Numbness in arms or legs手足のしびれ
		<input type="checkbox"/>	12 Other その他 ( )	<input type="checkbox"/>	3 Dizzinessめまい
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	6 Heart Palpitations 動悸
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	9 Edema むくみ

I n s u r e	所在地 (Address)	愛知県名古屋市中区東一丁目6番5号
	電話番号 (Tel)	052-955-1205
	番号 (Number)	39232012 (豊橋市)
	名称 (Name)	愛知県後期高齢者医療広域連合
	支払代行機関番号 (Payment agent number)	92399021
	支払代行機関名 (Payment agency name)	愛知県国民健康保険団体連合会

Contact: Toyohashi City Hall Health Promotion Division  
 〒441 - 8539 Toyohashi-shi Nakanochō Nakahara-100  
 (Inside Hoippu)  
 TEL (0532) 39 - 9141  
 FAX (0532) 38 - 0770