

National Health Insurance

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

2019 Toyohashi National Health Insurance Specific Health Checkup Voucher
平成31年度(2019年)豊橋国民健康保険 特定健康診査受診券

交付

• Please read the enclosed "FY 2019 Specific Health Checkup and General Health Checkup Information".

• Please bring your

- > Specific Health Checkup Voucher ※Please check the expiration date
- > National health insurance insurance card
- > General health checkup results or thorough medical checkup results from the previous fiscal year (if you have one)

• How to complete the Health Checkup Voucher

- > Please fill in the bolded fields 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.

Those receiving outpatient care are still eligible for a checkup!

※以下は健診機関で記入します。The following will be completed at the medical institution.

Date 健診日	Month 月	Day 日	National Health Insurance 被保険者証 記号番号 Insurance card number		
Physical measurements 身体測定	身長 Height cm	体重 Weight kg	BM I	腹囲 Waist cm	
Other symptoms 他覚症状	無 No <input checked="" type="checkbox"/>	有 Yes <input checked="" type="checkbox"/>	Blood Pressure 血压測定	Systolic 収縮期 Diastolic 拡張期 mmHg	
Urine test 尿検査	Protein 蛋白	糖 Sugar	On period 生理中	Kidney 腎	
Detailed Checkup 詳細な健診	Anemia 貧血	既往歴 Medical history	疑い Suspected		
	Electrocardiograph 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 of Arrhythmia
	Fundus (eye) 眼底	血压 Blood Pressure	当該年度の健診結果において、収縮期血压140mmHg以上又は、拡張期血压90mmHg以上の者	Blood Sugar level Fasting Blood Sugar Levels more than 126mg/dL or HbA1c (NGSP) more than 6.5%	空腹時血糖126mg/dLまたはHbA1c (NGSP) 6.5%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	Electrocardiograph 心電図	Fundus (eye) 眼底	依頼先医院名 Client's Clinic name	コード Code
Findings 所見	Electrocardiograph 心電図	Fundus (eye) 眼底	Scheie classification	S0 S1 S2 S3 S4	H0 H1 H2 H3 H4
	In need of consultation 受診勧奨の必要性	受診勧奨の必要性	1 2 3 4 5 6 7 8 9		Other その他
	Medical Institution Name 医院名	Code 医院コード	Doctor's Name 医師 氏名	Type 種別	National Health 61 国保 6 1

■本人記入欄 (太枠内をご記入ください。) ■ Patient Questionnaire (fill in the bolded fields)

電話番号 Tel (携帯電話) Mobile	電話番号 Tel (自宅) Home		
Please indicate whether or not you are regularly taking medication for a-c 以下 a~c で、定期的に使っている薬はありますか。		Please mark “/” in the boxes いずれかに / をつけてください	
1	a Medication to lower blood pressure 血圧を下げる薬	<input checked="" type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
5	2 b Insulin shots or medication to lower blood sugar levels 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input checked="" type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
3	3 c Medication to lower cholesterol (neutral fat) コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input checked="" type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
4	Have you ever been diagnosed with or treated for apoplexy (brain hemorrhage, stroke, etc.)? 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 checked="" type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
5	Have you ever been diagnosed with or treated for heart disease (angina pectoris, heart attack, etc.)? 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 checked="" type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
6	Have you ever been diagnosed with or treated for chronic kidney disease, including dialysis? 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 checked="" type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
7	Have you ever been diagnosed with anemia? 医師から、貧血といわれたことがある。	<input checked="" type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
8	Do you smoke on a regular basis? (this refers to anyone who has smoked a total of 100 or more cigarettes or smoked for more than 6 months AND has smoked within the past month) 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者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	<input checked="" type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
9	Have you gained more than 10kg compared to when you were 20 years-old 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input checked="" type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
10	Do you exercise twice or more in a week for 30 minutes per session with a light sweat and have you maintained it for more than a year? 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	<input checked="" type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
11	Do you walk (or engage in a similar physical activity) everyday for at least an hour per day? 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	<input checked="" type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
12	Do you walk faster compared to other people of the same gender around your age? ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	<input checked="" type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
13	Which of the following applies to you when chewing food? 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何でもかんで食べることができる Able to chew anything ②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 Sometimes difficult to chew due to discomfort of teeth or gums ③ほとんどかめない Barely able to chew anything	<input checked="" type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③
14	Do you eat at a faster pace compared to other people? 人と比較して食べる速度が速い。	<input checked="" type="checkbox"/> Fast 速い	<input type="checkbox"/> Average ふつう <input type="checkbox"/> Slow 遅い
15	Do you eat dinner within 2 hours before going to bed for 3 or more times in a week? 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。	<input checked="" type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
16	Do you eat snacks or sweet beverages other than breakfast, lunch and dinner? 朝食の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> Everyday 毎日	<input type="checkbox"/> Sometimes 時々 <input type="checkbox"/> Seldom ほとんど 摂取しない
17	Do you skip breakfast 3 or more times in a week? 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input checked="" type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
18	How often do you drink alcohol (e.g. sake, shōchū, beer or any other liquor)? お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	<input checked="" type="checkbox"/> Everyday 毎日	<input type="checkbox"/> Sometimes 時々 <input type="checkbox"/> Seldom (cannot drink) ほとんど飲まない (飲めない)
19	How much alcohol do you consume per day? For reference: 1 cup of sake (180ml) = 1 medium-sized bottle of beer (500ml) = 1 serving shōchū (25% alcohol, 110ml) = double-shot whiskey (60ml) = 2 glasses of wine (240ml) 飲酒日の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 checked="" type="checkbox"/> < 1 cup 1合未満 <input type="checkbox"/> > 3 cups 3合以上	<input type="checkbox"/> 1 to 2 cups 1~2合 <input type="checkbox"/> 2 to 3 cups 2~3合 未満
20	Do you get enough sleep? 睡眠で休養が十分とれている。	<input checked="" type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
21	Would you like to change your exercise and eating habits for a better lifestyle? Choose one of the following: 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。①~⑤のどれか1つを選んでください。 ①改善するつもりはない No intention of changing ②改善するつもりである Intending to change (概ね6ヶ月以内) within the next 6 months ③近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている Intending to change within the next month and have started changing ④既に改善に取り組んでいる Already (6ヶ月未満) changing (within 6 months) ⑤既に改善に取り組んでいる Already (6ヶ月以上) changing (more than 6 months)	<input checked="" type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤
22	I would like to receive health counseling to improve my daily lifestyle if available 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、利用する。	<input checked="" type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
23	How many hours have passed since you last eaten (not including drinking water)? 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 checked="" type="checkbox"/> ≥ 10 hours 10時間以上
24	Noticable Symptoms 自覚症状 ① None ② Headache ③ Dizziness ④ Ringing in ears ⑤ Chest pain ⑥ Heart Palpitations ⑦ Dry mouth ⑧ Sudden weight loss ⑨ Edema ⑩ Fatigue ⑪ Numbness in hands/feet ⑫ Other ()	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 頭痛 <input type="checkbox"/> 3 めまい <input type="checkbox"/> 4 耳なり <input type="checkbox"/> 5 胸痛 <input type="checkbox"/> 6 動悸 <input type="checkbox"/> 7 口の渇き <input type="checkbox"/> 8 急にやせた <input type="checkbox"/> 9 むくみ <input type="checkbox"/> 10 疲れやすい <input type="checkbox"/> 11 手足のしびれ <input type="checkbox"/> 12 その他 ()	

所在地 (Address)	愛知県豊橋市今橋町1番地
電話番号 (Tel)	0532-51-2293
番 号 (Number)	00230029
名 称 (Name)	豊橋市
支払代行機関番号 (payment agent number)	92399021
支払代行機関名 (payment agent 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