

KOUKI KOUREI  
Seguro para Idosos de Idade Avançada

Nº de controle da guia (受診券整理番号)		Nº do aviso (通知番号)	
Nome em Katakana (カナ氏名)			
Idade (年齢)	anos (歳)	Gênero (性別)	
Data de nascimento (生年月日)			
Validade (有効期限)			

Ano Administrativo 2019 - Guia para o Kenkou Shinsa /Exame de Saúde do Kouki Koureisha Iryou Seido /Seguro de Saúde para Idosos de Idade Avançada

Data de emissão

- Favor ler sem falta o documento anexo: “Ano Administrativo 2019 - Orientação Sobre o Tokutei Kenkou Shinsa · Kenkou Shinsa /Exame Especial de Saúde · Exame de Saúde”.
- Levar:
  - Guia do Kenkou Shinsa ※ Favor verificar a data da validade.
  - Kouki Koureisha Iryou Hoken Hihokenshashou /Caderneta do Seguro de Saúde para Idosos de Idade Avançada
  - Resultado do exame de saúde ou Ningen Dock /Check-up médico do ano anterior (Apenas as pessoas que tiverem)
- Preenchimento da guia de exame:
  - Favor preencher os itens do verso, dentro do quadro destacado.
  - ※ Em caso de submissão ao Shuudan Kenshin /Exames em Grupo, preencher somente o número de telefone na respectiva lacuna do verso. No dia do exame, será solicitado o preenchimento de outro questionário preliminar.
- Para aqueles que realizam acompanhamento médico, e o médico tem conhecimento das condições de saúde, a submissão aos exames não é extritamente necessária.

※ Os itens abaixo serão preenchidos pela instituição realizadora do exame (以下は健診機関で記入します。)

健診日	月 日	後期高齢者医療 被保険者証 記号番号	
身体計測	身長 cm	体重 kg	BM I
他覚症状	無 有	血圧測定	収縮期 拡張期 mmHg
尿検査	蛋白 糖	腎	
詳細な健診	貧血	既往歴 疑い	
	心電図	血圧 当該年度の健診結果において、 収縮期血圧140mmHg以上または 拡張期血圧90mmHg以上の者	不整脈の疑い
	眼底	血圧 当該年度の健診結果において、 収縮期血圧140mmHg以上または、 拡張期血圧90mmHg以上の者	血糖 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)
貧血	無 有	心電図	無 有
眼底	無 有	依頼先医院名	コード
所見	心電図	所見コード	眼底
	受診勧奨の必要性	無	有
所見	無	有	血圧 脂質 血糖 肝臓 腎臓 尿酸 貧血 心電図 眼底 その他
所見	無	有	1 2 3 4 5 6 7 8 9
医院名	医院コード	医師氏名	種別 後期高齢 6 3

■ Preenchimento próprio (Favor preencher dentro do quadro destacado)		Nº do telefone	—	—		
1 a	1 a Remédio para baixar a pressão sanguínea		<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
	3	2 b Remédio para baixar a glicose do sangue ou injeção de insulina	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
		3 c Remédio para baixar o colesterol ou gorduras neutras	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
		4 Já lhe foi dito pelo médico que sofreu acidente vascular cerebral-AVC (AVC hemorrágico, AVC isquêmico, etc.) ou já fez tratamento?		<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
5 Já lhe foi dito pelo médico que tem doença cardíaca (angina, infarto do miocárdio, etc.) ou já fez tratamento?		<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
6 Já lhe foi dito pelo médico que tem doença renal crônica, insuficiência renal, ou realiza algum tratamento (hemodiálise, etc.)?		<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
7 Já lhe foi dito pelo médico que tem anemia?		<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
8 Atualmente, fuma habitualmente? (※ “Fumantes habituais” são “Pessoas que fumam no total 100 cigarros ou mais, ou fumam há mais de 6 meses”, e têm também fumado neste último mês.)		<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
9 Tem feito exercícios físicos que possa suar levemente, com duração de mais de 30 minutos por vez, mais de 2 vezes por semana, há mais de 1 ano?		<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
10 Há quantas horas atrás teve a última refeição?		<input type="checkbox"/>	Há menos de 10 horas	<input type="checkbox"/>	A partir de 10 horas	
11	Sintomas	<input type="checkbox"/> 1 Não há	<input type="checkbox"/> 2 Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> 3 Tontura		
		<input type="checkbox"/> 4 Tinido nos ouvidos	<input type="checkbox"/> 5 Dor no peito	<input type="checkbox"/> 6 Palpitação		
		<input type="checkbox"/> 7 Secura na boca	<input type="checkbox"/> 8 Emagrecimento repentino	<input type="checkbox"/> 9 Inchaço		
		<input type="checkbox"/> 10 Facilidade para se cansar	<input type="checkbox"/> 11 Adormecimento nas mãos/pés			
		<input type="checkbox"/> 12 Outros ( )				

保 險 者	所在地	愛知県名古屋市東区泉一丁目6番5号
	電話番号	052-955-1205
	番号	39232012 (豊橋市)
	名称	愛知県後期高齢者医療広域連合
支払代行機関番号		92399021
支払代行機関名		愛知県国民健康保険団体連合会

Contato: Toyohashi-shi Hokenjo, Kenkou Zoushin-Ka  
 〒441 - 8539 Toyohashi-shi Nakano-cho Aza  
 Nakahara 100 Banchi (Dentro do HOIPPU)  
 TEL (0532) 39 - 9141  
 FAX (0532) 38 - 0770