

KOUKI KOUREI
Seguro de Saúde 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) (Idade no dia 31/MAR/2025)	Gênero (性別)	
Data de nascimento (生年月日)			
Validade (有効期限)			

Ano Administrativo 2024

Guia do Exame de Saúde Kenkou Shinsa do Kouki Koureisha Iryou Seido
令和5年度 後期高齢者医療制度 健康診査受診券

_____ Data de emissão

• Leia sem falta a folha anexa: “Comunicado Referente ao Exame Específico de Saúde•Exame de Saúde (Tokutei Kenkou Shinsa • Kenkou Shinsa) do Ano Administrativo 2024”.

• Levar:

- Guia do Exame de Saúde Kenkou Shinsa
- Algo que comprove que está inscrito no Seguro para Idosos de Idade Avançada (Cartão do seguro de saúde Kouki Koureisha Iryou Hoken, etc.)
- ※ Em caso de submissão ao *Shudan Kenshin* (Exame de saúde coletivo), ou submissão junto com o Check-up médico *Ningen Dokku* (inclusive do JA), poderá ocorrer de diferir os documentos a apresentar.

※ Verifique a data de validade acima.

• Preenchimento da guia de exame:

Favor preencher os itens de dentro do quadro destacado do verso desta folha.
Em caso de submissão ao exame de saúde coletivo: Preencher somente o número de telefone na respectiva lacuna do verso desta folha.
Caso houver histórico de tratamento médico ou tiver algum sintoma atualmente, consulte o médico, etc., no dia do exame.
Em caso de submissão em instituição médica, não constará no resultado do exame, o histórico de sintomas e/ou de tratamento de doenças.

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

健診日	__月__日	後期高齢者医療 被保険者証番号	_____									
身体測定	身長 __cm	体重 __kg	BMI __									
他覚症状	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/>	血圧測定	収縮期 拡張期 __ / __ mmHg									
尿検査	蛋白 一 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input checked="" type="checkbox"/> 十 <input checked="" type="checkbox"/> 十十 <input checked="" type="checkbox"/> 十十十 <input checked="" type="checkbox"/>	糖 一 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input checked="" type="checkbox"/> 十 <input checked="" type="checkbox"/> 十十 <input checked="" type="checkbox"/> 十十十 <input checked="" type="checkbox"/>	腎 <input checked="" type="checkbox"/>									
詳細な健診	貧血	既往歴 疑い <input checked="" type="checkbox"/>										
	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 <input checked="" type="checkbox"/>	不整脈の疑い <input checked="" type="checkbox"/>									
	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 <input checked="" type="checkbox"/>	血糖 空腹時血糖126mg/dL以上または HbA1c (NGSP値) 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) <input checked="" type="checkbox"/>									
貧血	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/>	心電図	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/>	眼底	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/>	依頼先医院名	コード ____					
所見	心電図	所見コード ____	眼底	所見コード ____	Scheie 分類	S0 <input checked="" type="checkbox"/> S1 <input checked="" type="checkbox"/> S2 <input checked="" type="checkbox"/> S3 <input checked="" type="checkbox"/> S4 <input checked="" type="checkbox"/>	H0 <input checked="" type="checkbox"/> H1 <input checked="" type="checkbox"/> H2 <input checked="" type="checkbox"/> H3 <input checked="" type="checkbox"/> H4 <input checked="" type="checkbox"/>					
	受診 勧奨の 必要性	無 <input checked="" type="checkbox"/>	有 <input checked="" type="checkbox"/>	血圧 <input checked="" type="checkbox"/> 1	脂質 <input checked="" type="checkbox"/> 2	血糖 <input checked="" type="checkbox"/> 3	肝臓 <input checked="" type="checkbox"/> 4	腎臓 <input checked="" type="checkbox"/> 5	尿酸 <input checked="" type="checkbox"/> 6	貧血 <input checked="" type="checkbox"/> 7	心電図 <input checked="" type="checkbox"/> 8	眼底 <input checked="" type="checkbox"/> 9
医院名		医院 コード	____	医師 氏名		種別	後期高齢63					

■ Preenchimento próprio (Favor preencher/responder os itens de dentro do quadro destacado) Dependendo do caso, poderá ocorrer de enviarmos mensagens (SMS) ao seu número de telefone, recomendando a realização do exame de saúde, etc.		Telefone	-	-
			Marque <input type="checkbox"/> na resposta correspondente	
1	Como está o seu estado de saúde atual?	<input type="checkbox"/> Bem	<input type="checkbox"/> Relativamente bem	<input type="checkbox"/> Regular
		<input type="checkbox"/> Não muito bem	<input type="checkbox"/> Está mal	
2	Está satisfeito com sua vida cotidiana?	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Relativamente satisfeito	<input type="checkbox"/> Relativamente insatisfeito
		<input type="checkbox"/> Insatisfeito		
3	Faz regularmente, 3 refeições diárias?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
4	Comparando com 6 meses atrás, sente dificuldade para mastigar alimentos duros?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
5	Às vezes engasga tomando líquidos (chá, sopa, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
6	Emagreceu mais de 2 a 3 kg nos últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
7	Sente que sua velocidade para caminhar está mais lenta do que antes?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
8	Caiu/Levou um tombo nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
9	Pratica esportes como caminhada, etc., mais de 1 vez por semana?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
10	Costuma esquecer as coisas, ou acontece das pessoas ao seu redor falarem que “ Você sempre pergunta a mesma coisa.”?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
11	Às vezes não sabe qual é a data do dia atual?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
12	Você fuma?	<input type="checkbox"/> Fumo	<input type="checkbox"/> Não fumo	<input type="checkbox"/> Parei de fumar
13	Sai de dentro de casa (a passeio, trabalho, etc.) mais de 1 vez por semana?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
14	Mantém contato frequente com a família e amigos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
15	Tem alguém próximo para conversar quando não está passando bem?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
16	Quando foi a sua última refeição?	<input type="checkbox"/> Há menos de 3 horas e meia atrás	<input type="checkbox"/> De 3 horas e meia a 10 horas atrás	<input type="checkbox"/> Há mais de 10 horas atrás

保 險 者	所在地	愛知県名古屋市中区泉一丁目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: Posto de Saúde - Toyohashi Hokenjo (HOIPPU)
Setor Kenkou Zoushin-Ka

〒441-8539
Toyohashi-shi Nakano-cho Aza Nakahara 100 Banchi
TEL (0532) 39-9141 FAX (0532) 38-0770